

FLORES DE MANDACARUS

PRODUÇÕES CULTIVADAS NO
MESTRADO PROFISSIONAL
EM SAÚDE DA FAMÍLIA
DA RENASF/UFRN

ORGANIZADORES:

MAÍSA PAULINO RODRIGUES
KARLA PATRICIA CARDOSO AMORIM
ROSANA LÚCIA ALVES DE VILAR
JOSÉ ADAILTON DA SILVA
RICARDO HENRIQUE VIEIRA DE MELO



Maísa Paulino Rodrigues
Karla Patrícia Cardoso Amorim
Rosana Lúcia Alves de Vilar
José Adailton da Silva
Ricardo Henrique Vieira de Melo
(Organizadores)

FLORES DE MANDACARUS:
PRODUÇÕES CULTIVADAS NO MESTRADO PROFISSIONAL
EM SAÚDE DA FAMÍLIA DA RENASF/UFRN

Natal, 2021

Reitor

José Daniel Diniz Melo

Vice-Reitor

Henio Ferreira de Miranda

Diretoria Administrativa da EDUFERN

Maria da Penha Casado Alves (Diretora)
Helton Rubiano de Macedo (Diretor Adjunto)
Bruno Francisco Xavier (Secretário)

Conselho Editorial

Maria da Penha Casado Alves (Presidente)
Judithe da Costa Leite Albuquerque (Secretária)
Adriana Rosa Carvalho
Anna Cecília Queiroz de Medeiros
Cândida de Souza
Fabrício Germano Alves
Francisco Dutra de Macedo Filho
Gilberto Corso
Grinaura Medeiros de Moraes
José Flávio Vidal Coutinho
Josenildo Soares Bezerra
Kamyla Álvares Pinto

Leandro Ibiapina Bevilaqua
Lucélio Dantas de Aquino
Luciene da Silva Santos
Marcelo da Silva Amorim
Marcelo de Sousa da Silva
Márcia Maria de Cruz Castro
Marta Maria de Araújo
Martin Pablo Cammarota
Roberval Edson Pinheiro de Lima
Sibele Berenice Castella Pergher
Tercia Maria Souza de Moura Marques
Tiago de Quadros Maia Carvalho

Secretária de Educação a Distância

Maria Carmem Freire Diógenes Rêgo

Secretária Adjunta de Educação a Distância

Ione Rodrigues Diniz Morais

Coordenadora de Produção de Materiais Didáticos

Maria Carmem Freire Diógenes Rêgo

Coordenadora de Revisão

Aline Pinho Dias

Coordenador Editorial

José Correia Torres Neto

Gestão do Fluxo de Revisão

Edineide Marques

Gestão do Fluxo de Editoração

Rosilene Paiva

Conselho Técnico-Científico – SEDIS

Maria Carmem Freire Diógenes Rêgo – SEDIS (Presidente)
Aline de Pinho Dias – SEDIS
André Morais Gurgel – CCSA
Antônio de Pádua dos Santos – CS
Célia Maria de Araújo – SEDIS
Eugênia Maria Dantas – CCHLA
Ione Rodrigues Diniz Morais – SEDIS

Isabel Dillmann Nunes – IMD

Ivan Max Freire de Lacerda – EAJ

Jefferson Fernandes Alves – SEDIS

José Querginaldo Bezerra – CCET

Lilian Giotto Zarus – CB

Marcos Aurélio Felipe – SEDIS

Maria Cristina Leandro de Paiva – CE

Maria da Penha Casado Alves – SEDIS

Nedja Suely Fernandes – CCET

Ricardo Alessandro de Medeiros Valentim – SEDIS

Sulemi Fabiano Campos – CCHLA

Wicliffe de Andrade Costa – CCHLA

Conselho Editorial

Maisa Paulino Rodrigues

Rosana Lucia Alves de Vilar

Karla Patrícia Cardoso Amorim

José Adailton da Silva

Ricardo Henrique Vieira de Melo

Revisão Linguístico-textual

Maritza Waleska Arruda

Revisão de ABNT

Emily Lima Galdino Araujo

Diagramação

Zenobio de Almeida Ramos Neto

Ilustração da capa

Renan Hayuri França Calazans

Catálogo da Publicação na Fonte
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Secretaria de Educação a Distância

Flores de Mandacarus: Produções Cultivadas no Mestrado Profissional em Saúde da Família da RENASF/UFRN [recurso eletrônico] / Organizado por Maísa Paulino Rodrigues, Karla Patrícia Cardoso Amorim, Rosana Lúcia Alves de Vilar, José Adailton da Silva e Ricardo Henrique Vieira de Melo. – 1. ed. – Natal: EDUFRN, 2021.

2500 KB.; 1 PDF

ISBN 978-65-5569-087-3

1. Saúde da Família. 2. Saúde da Família - Mestrado Profissional. 3. RENASF/UFRN. I. Rodrigues, Maísa Paulino. II. Amorim, Karla Patrícia Cardoso. III. Vilar, Rosana Lúcia Alves de. IV. Silva, José Adailton da. V. Melo, Ricardo Henrique Vieira de.

CDU 614
F634

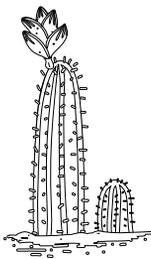
Elaborado por Edineide da Silva Marques CRB-15/488.

Todos os direitos desta edição reservados à EDUFRN – Editora da UFRN
Av. Senador Salgado Filho, 3000 | Campus Universitário
Lagoa Nova | 59.078-970 | Natal/RN | Brasil
e-mail: contato@editora.ufrn.br | www.editora.ufrn.br
Telefone: 84 3342 2221

APRESENTAÇÃO	8
<i>Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira-Meyer</i>	
PREFÁCIO	
DAS FLORES QUE SE OFERTAM E FICAM, MESMO QUANDO PARTEM	11
<i>Geórgia Sibebe Nogueira da Silva</i>	
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA NO NORDESTE:	
MANDACARUZANDO A EDUCAÇÃO PARA O CUIDADO NO SUS	15
<i>Antônio Medeiros Júnior</i>	
<i>José Adailton da Silva</i>	
<i>Karla Patrícia Cardoso Amorim</i>	
<i>Maísa Paulino Rodrigues</i>	
<i>Nayara Santos Martins Neiva de Melo</i>	
<i>Ricardo Henrique Vieira de Melo</i>	
<i>Rosana Lúcia Alves de Vilar.</i>	
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA: ANÁLISE ACERCA	
DOS (DES)CAMINHOS PERCORRIDOS	36
<i>Odemir Pires Cardoso Júnior</i>	
<i>Karla Patrícia Cardoso Amorim</i>	
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA: O CURSO SOB A PERSPECTIVA DOS MESTRANDOS	60
<i>Nayara Santos Martins Neiva de Melo</i>	
<i>Ricardo Henrique Vieira de Melo</i>	
<i>José Adailton da Silva</i>	
<i>Antônio Medeiros Júnior</i>	

DEMANDAS DE CUIDADO E CONCEPÇÕES SOBRE SAÚDE MENTAL E LOUCURA ENTRE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO SERTÃO DA PARAÍBA	83
<i>Ana Carolina de Souza Pieretti Ana Karenina Arraes Amorim Geórgia Sibebe Nogueira da Silva.</i>	
A GESTÃO AUTÔNOMA DE MEDICAÇÃO COMO FERRAMENTA DE CUIDADO E PROMOÇÃO DE SAÚDE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO INTERIOR DO RIO GRANDE DO NORTE	104
<i>Antônio Henrique Braga da Costa Ana Karenina Arraes Amorim</i>	
A ESPIRITUALIDADE NO LIDAR COM A MORTE E O MORRER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	125
<i>Marcos Oliveira Dias Vasconcelos Geórgia Sibebe Nogueira da Silva</i>	
A TERAPIA COMUNITÁRIA E OS ESTUDANTES DE MEDICINA: DAS DORES E ALEGRIAS NO APRENDIZADO DE UM CUIDAR HUMANIZADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	146
<i>Neuma Marinho de Queiroz Santos da Costa Cunha e Geórgia Sibebe Nogueira da Silva.</i>	
TENDA DO CONTO PARA HOMENS: QUANDO É POSSÍVEL FALAR DE DENTRO DO CORAÇÃO DA GENTE	163
<i>Joseane da Rocha Dantas Cavalcanti e Geórgia Sibebe Nogueira da Silva.</i>	
PRÁTICA INTERPROFISSIONAL COLABORATIVA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: VISÃO DO USUÁRIO	183
<i>Aracelli Laíse Tavares Mendonça Janete Lima de Castro Ricardo Henrique Vieira de Melo Rosana Lúcia Alves de Vilar.</i>	

EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REFLEXÕES, POTENCIALIDADES E DESAFIOS	204
<i>Rosana Maria Ferreira de Moura Lima Diôgo Vale Elizabeth Cristina Fagundes de Souza.</i>	
A SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA NO MUNICÍPIO DE GUAMARÉ/RN: O SABER FAZER DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	228
<i>Gabriela Beserra Solano Cipriano Maia de Vasconcelos Amanda Paulino de Oliveira Maísa Paulino Rodrigues</i>	
ANÁLISE DA COMPLETUDE DOS INSTRUMENTOS DE INVESTIGAÇÃO DOS ÓBITOS INFANTIS E FETAIS NO MUNICÍPIO DE CAICÓ – RN	249
<i>Laianny Krízia Maia Pereira Tatyana Maria Silva de Souza Rosendo Karla Patrícia Cardoso Amorim</i>	
SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS E A QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO RIO GRANDE DO NORTE	268
<i>Márcia Cunha da Silva Pellense Severina Alice da Costa Uchôa</i>	
SOBRE OS ORGANIZADORES	288
SOBRE OS AUTORES	290



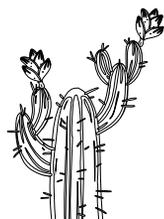
APRESENTAÇÃO

O terreno semiárido, predominante no nordeste brasileiro, é onde o Mandacaru cresce e floreia. Essa flor, que embeleza o sertão, é também símbolo de resistência e da força do nordestino. A Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) também usa uma planta endêmica no nordeste brasileiro como símbolo, o Dente-de-Leão, também conhecido como ESPERANÇA.

Essa planta, além do nome auspicioso, possui forma dada pela união de várias pequenas estruturas, também subdivididas. Juntas elas lembram a juba e a força de um grande leão. E, juntas, elas se desenvolvem ligadas: a um mesmo núcleo central, a uma mesma força motriz, a um mesmo objetivo - que é contribuir para a formação de profissionais de qualidade atuantes na atenção primária, até o momento de serem lançadas ao vento e geminarem novamente.

No ano em que Paulo Freire completaria 99 anos e que a Lei nº 8080, do SUS, completa 30 anos, temos a honra de ter um programa profissional comprometido em fazer pontes e conexões entre a realidade prática/concreta da Estratégia Saúde da Família (ESF) e o saber científico, levando este para além dos muros das universidades e a serviço da população assistida pelo SUS.

A Andragogia e Metodologias Ativas são utilizadas no desenvolvimento das atividades do programa, colocando o educando no centro do processo ensino-aprendizagem, para uma aprendizagem significativa e vinculada à realidade. Contudo, este trabalho só é possível pela colaboração e articulação de vários atores e instituições. No mestrado, por exemplo,



temos hoje mais de 130 docentes de dezenove instituições divididas em nove nucleadoras (Fiocruz, UFPI, UFMA, UECE, URCA, UVA, UFC, UFRN e UFPB), situadas em 7 municípios (São Luiz, Teresina, Fortaleza, Sobral, Juazeiro do Norte, Natal e João Pessoa) de 5 estados nordestinos.

Este livro é um exemplo vivo do espraiamento da RENASF, no qual egressos e docentes dividem conosco o conhecimento originado durante seu percurso de crescimento acadêmico junto à rede. Floresce ciência, dividindo conhecimento gerado na prática da Estratégia Saúde da Família e aplicável à realidade da atenção primária brasileira. Aqui, são jogados ao vento, para que florescem por onde passarem.

Mandacaruzar é o verbo que aprendemos a conjugar com esta obra. Percebemos o florescer dessa planta de beleza e resistência. Os versos de Luiz Gonzaga dizem que “mandacaru quando fulora na seca, é um sinal que a chuva chega no sertão”. Para mim, parafraseando nosso conterrâneo ilustre, percebemos aqui o amor da força transformadora do conhecimento científico ligado à realidade da Estratégia Saúde da Família chegando ao coração dos leitores.

Este livro possui reflexões sobre o próprio programa, inclusive pelo olhar do educando, das questões de saúde mental entre os profissionais da ESF; o uso de medicação como ferramenta do cuidar; a espiritualidade no lidar com a morte; a utilização da terapia comunitária na formação do futuro médico; o desenvolvimento de práticas inovadoras para o cuidar do homem; a perspectiva do usuário em relação à prática interprofissional colaborativa; as potencialidades e desafios da educação alimentar e nutricional na atenção primária; o saber fazer dos profissionais da saúde no enfrentamento da Sífilis (Gestacional e Congênita); as investigações dos óbitos infantis



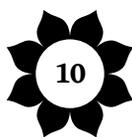
e fetais; assim como da satisfação dos usuários com a qualidade da atenção primária.

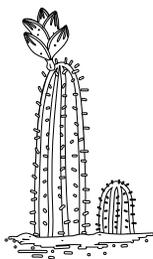
Observa-se um leque de temas relevantes à prática profissional no Sistema Único de Saúde (SUS). No atual contexto epidemiológico mundial, o qual convivemos com doenças infecto-contagiosas, crônicas, endemias e pandemias, sistemas de saúde fortes têm um papel primordial no enfrentamento dos desafios da saúde das populações e no combate às desigualdades sociais. As produções, aqui apresentadas, refletem esse contexto e a preocupação com a construção de um sistema de saúde resolutivo, dinâmico e colaborativo, questões bastante trabalhadas no Programa Profissional em Saúde da Família da RENASF.

Para Paulo Freire a educação não pode ser neutra, mas uma ferramenta de “prática pela liberdade” em que as pessoas, sendo educadas de forma crítica, podem transformar a realidade que estão envolvidas e participar da construção do mundo. Ruben Alves nos ensina que educar não é ensinar a dar respostas, mas ensinar a pensar, desenvolvendo processos de aprendizagem que sejam asas e não gaiolas.

Que esta produção possa sensibilizar os leitores e contribuir para a construção de um sistema de saúde ainda mais qualificado, que responda aos anseios e necessidades de nossa população, melhorando assim os indicadores de saúde e a qualidade de vida.

Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira-Meyer
Coordenadora da Rede Nordeste de Formação em Saúde
da Família (RENASF); Pesquisadora da FIOCRUZ/CE.





PREFÁCIO

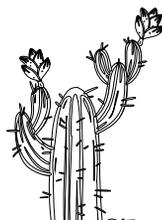
DAS FLORES QUE SE OFERTAM E FICAM, MESMO QUANDO PARTEM

*Escrever nem uma coisa nem outra
– a fim de dizer todas – Ou, pelo
menos, nenhuma. Assim, ao poeta faz
bem se desexplicar – Tanto quanto
escurecer – Acende os vaga-lumes.
(Manoel de Barros)*

O poeta nos ajuda a dizer da difícil e prazerosa tarefa que ousei aceitar: prefaciar o livro Flores de Mandacarus: produções cultivadas no Mestrado Profissional em Saúde da Família da RENASE/UFRN.

Precisarei explicar, antes a mim, como prefaciar um livro cujas letras trazem histórias de um sonho que ajudei a plantar, cultivar e colher, e que continua a ofertar belas flores e frutos, apesar da aridez do contexto em que está inserida a saúde pública brasileira.

A dificuldade está por não falar deste livro pelo lado de fora, como alguém que se encontra pela primeira vez com essas histórias, que vai se encantando e aprendendo junto com cada uma delas, mas alguém que também está do lado de



dentro, como parte de um coletivo, que como diria Rubem Alves “buscou fazer melodias diante dos impossíveis”.

Então, para falar desse dentro e fora, talvez seja preciso *desexplicar* e deixar que a emoção fale sobre o livro. Esta que às vezes escurece a visão – sem nos cegar – e sim, como o *escurecer acende os vaga-lumes*, talvez possa iluminar as palavras que ajudem a honrar o convite para este prefaciá-lo.

O fato é que mesmo hoje mais distanciada do Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF), a metáfora da brevidade da vida das flores dos mandacarus nos ensina que, assim como elas, estaremos sempre presentes, mesmo depois de partirmos. Elas estão presentes por meio da beleza que deixou nos olhos de quem pôde vê-las. Assim, como nos braços de quem sentiu e sente o grande abraço de resistência do mandacaru, que foi se tornando ao longo desses anos, o coletivo de pesquisadores, professores e alunos do MPSF/RENASF- UFRN. Coletivo este que traduz a integração de uma rede que se formou buscando crescer com as diferenças e convergiu no desejo de realizar e reinventar práticas assentadas no cuidado humanizado e integral. Cresce em mandacarus fortes, resistentes, capazes de nutrir com alimento e beleza as bases para um esperançar na vida a cada flor ofertada.

Em março de 2012, desejava, na abertura da primeira turma, que as histórias contadas depois dos primeiros anos fossem histórias de um reencantamento criativo como nosso saber-fazer na academia, nos nossos serviços, na Estratégia Saúde da Família, e no SUS; que continuaríamos teimando que desse certo.

Hoje, este livro sobre produções cultivadas no MPSF revela uma parte desse caminhar no cultivo desses saberes, práticas e afetos entre professores pesquisadores, trabalhadores



do SUS e usuários. Oferta algumas de suas flores de mandacarus, enquanto experiências vivenciadas em uma diversidade de serviços de atenção primária no Nordeste do Brasil.

Paulo Freire já dizia que *“ninguém caminha sem aprender a fazer o caminho caminhando, refazendo o sonho pelo qual se pôs a caminhar”*.

Aprender sobre esse mandacaruzar é o convite deste livro. Termo cunhado pelos organizadores para nos levar ao universo de potência das histórias que vamos conhecer. Desde o início do caminhar do MPSF até o momento de agregar o doutorado profissional, vamos percorrer o crescer nesse ir mandacaruzando; da honestidade científica em avaliar os (des) caminhos do percurso à escuta sobre as percepções dos caminhantes profissionais que se ofertam cotidianamente nos vários territórios em que a vida habita.

Isso se dá desde a luta por um novo lugar social da loucura no cuidado integral em saúde mental à busca de novas ferramentas de cuidado; passando pela inclusão da valorização da espiritualidade no cuidado diante da morte às experiências de intervenções que primam pelo escutar bonito, como a Tenda do Conto para homens e a Terapia Comunitária Integrativa enquanto estratégia de formação médica na APS; à reeducação alimentar, enquanto um desafio comprometido com a defesa radical da vida, em um país que volta a gritar de fome; voz dos usuários sobre importância sobre a prática interprofissional colaborativa e o imprescindível lugar do controle e prevenção da sífilis gestacional congênita também fazer parte dessa trilha; a visibilidade dada aos óbitos infantis para caminharmos em direção ao que podia ser evitado e aprendermos a cuidar melhor; por fim, mais uma vez a escuta nos acompanha, dessa vez sobre a satisfação dos usuários por meio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ).



Talvez possamos aprender com a leitura deste livro que os Mandacarus dão outro tipo de sombra, a da escuta bonita e ativa ofertada como as flores/experiências aqui desveladas. Elas jamais morrem, mesmo quando partem, pois sempre ficam nas mudanças que produzem em cada usuário, em cada comunidade, em cada profissional, e em cada pesquisador que sonha e luta por um SUS mais forte e por um mundo mais inclusivo e justo. As flores de Mandacarus palavreadas aqui nos ajudam a continuar acreditando que é possível.

E Galeano nos lembra:

Um homem dos vinhedos falou, em agonia, junto ao ouvido de Marcela. Antes de morrer, revelou a ela um segredo: —A uva – sussurrou – é feita de vinho.

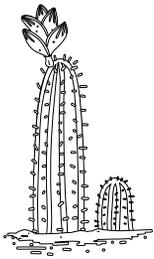
Marcela Pérez-Silva me contou isso, e pensei: *se a uva é feita de vinho, talvez a gente seja as palavras que contam o que a gente é.*

Ótima leitura! Mandacaruzemos!

Geórgia Sibeles Nogueira da Silva
Psicóloga, Professora do Departamento e
Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRN e
Coordenadora do MPSF/UFRN/RENASF no período de
2010-2016.

Natal, primavera de 2020.





MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA NO NORDESTE:

MANDACARUZANDO A EDUCAÇÃO
PARA O CUIDADO NO SUS

Antônio Medeiros Júnior

José Adailton da Silva

Karla Patrícia Cardoso Amorim

Máisa Paulino Rodrigues

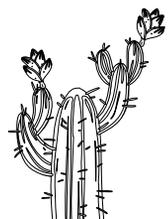
Nayara Santos Martins Neiva de Melo

Ricardo Henrique Vieira de Melo

Rosana Lúcia Alves de Vilar

O mandacaru, espécie de cactáceas, é símbolo da caatinga, vegetação típica do Nordeste brasileiro. Simboliza resistência, adaptabilidade, esperança, alimento na escassez, facilidade de plantio, multiplicação e beleza. O brotar das belas flores é o sinal do fim da seca no sertão, como afirmou Luiz Gonzaga e José Dantas na música “O xote das meninas” (1953).

Diante de todas essas características, essa potente planta, gramaticalmente classificada como um substantivo, tem potencial para se transformar em um verbo – mandacaruzar. Nesta forma gramatical, se revelaria a ação e o processo dinâmico provocados pelos atributos do mandacaru. Quando se está mandacaruzando, gerúndio do novo verbo, se indica que SE está



buscando ou dando continuidade, andamento às potencialidades do mandacaru, inclusive no contexto da educação na saúde.

Nessa perspectiva, o presente texto busca divulgar alguns produtos resultantes do Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF) da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), desde a gênese até o presente. Assim, busca-se divulgar a essência dessa experiência que vem dando certo. Curso de abrangência regional, o MPSF é pioneiro nessa modalidade de formação profissional (*stricto sensu*), no Brasil, para atuar no Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como orientação pedagógica o reconhecimento dos serviços de saúde como produtores de conhecimento, a andragogia e a aprendizagem significativa mediada por métodos participativos como indutoras do desenvolvimento de competências crítica-analíticas. (DIAS, VIEIRA-MEYER, 2015; HORTALE et al, 2015).

Revisitando a trajetória da Pós-Graduação no Brasil, observa-se quão jovem é a sua história no ensino superior brasileiro. O início, sob a forma de cursos de mestrado e doutorado, inaugura-se no Brasil na década de 1930. O modelo adotado foi o europeu, onde era previsto um mínimo de dois anos de estudos sob tutoria de um catedrático da área e uma defesa de tese (SANTOS, 2002; SANTOS, 2003).

A formação foi, ao longo do século XX, pautada, predominantemente, em um modelo de conhecimento essencialmente disciplinar. Impôs uma produção científica por vezes descontextualizada, norteadada pela hegemonia de processos essencialmente acadêmicos de produção de conhecimento. Observando-se, portanto, uma total dissociação entre outras formas de conhecimento e o conhecimento científico (SANTOS, 1995).

A justificativa recorrente para essa ênfase academicista, excludente da vertente profissional, era a de que os mestrados



acadêmicos eram eficientes também em assegurar a formação de pessoal altamente qualificado para a atuação profissional fora dos muros das universidades (BUSS, 2006).

No entanto, diante do atual contexto social, para um país se tornar ou se manter competitivo e em franco desenvolvimento, é crucial a criação de estratégias que permitam gerar, aplicar e absorver rapidamente conhecimentos e inovações. Nessa direção, as reflexões sobre a produção de conhecimento e o desenvolvimento de novas tecnologias evidenciam a necessidade de as universidades instituírem processos contínuos de autoavaliação objetivando imprimir as transformações necessárias (HARTZ; NUNES, 2006; RIBEIRO, 2013).

A criação dos Mestrados Profissionais sobreveio no intuito de responder às demandas e aos desafios apresentados pela sociedade do conhecimento, propondo uma formação na qual os profissionais possam ser capacitados para desenvolver o senso crítico e propor mudanças em seus espaços de trabalho, mediante estratégias que operacionalizassem a geração de inovações, por meio de postura criativa e questionadora com vistas a superar as dificuldades oriundas dos entraves dos processos de trabalho (HARTZ; NUNES, 2006).

Ao longo da última década, vem apontando para a necessidade de adotar modelos de conhecimento que possam produzir respostas mais efetivas para o enfrentamento dos problemas da sociedade. Nessa direção apresenta a opção de troca do conhecimento universitário pelo conhecimento pluriversitário, isto é, aquele norteado pelo princípio da aplicação que lhe pode ser dada, sendo, portanto, contextual e transdisciplinar (SANTOS, 2010).

O conhecimento pluriversitário tem como exemplo as parcerias entre universidade e empresas, que geram, muitas

vezes, um conhecimento mercantil. Porém, nos países periféricos e semiperiféricos, como é o caso do Brasil, tem se dado também, em um contexto não mercantilizado. Dessa forma, ao passo que a ciência se insere na sociedade, esta se introjeta na ciência, transformando relações unilaterais entre sociedade e universidade, em relações interativas, que se consolidam sob a égide da revolução das tecnologias da informação. Esse cenário de transformação gerou as condições sociais iniciais favoráveis para o surgimento dos mestrados profissionais (GOLDBAUM, 2006; SANTOS, 2010).

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) lançou, em 1995, as bases para a regulamentação do mestrado profissional. A Portaria nº 47, de 17 de outubro de 1995, foi o primeiro documento orientando a criação de cursos de Mestrado Profissional (SAUPE; WENDHAUSEN, 2005). Considera-se, portanto, que o mestrado profissional foi instituído no Brasil em 1995, quando da proposição pela CAPES do Plano de Flexibilização da Pós-Graduação, sendo, no entanto, regulamentado apenas em 1998.

Atualmente, é a Portaria nº 60, de 20 de março de 2019, o documento normativo que regula o mestrado e doutorado profissionais, no âmbito da CAPES, na qual estão explicitados os objetivos desses cursos: I - capacitar profissionais qualificados para práticas avançadas, inovadoras e transformadoras dos processos de trabalho, visando atender às demandas sociais, econômicas e organizacionais dos diversos setores da economia; II - transferir conhecimento para a sociedade de forma a atender às demandas sociais e econômicas, com vistas ao desenvolvimento nacional, regional e local; III - contribuir para agregação de conhecimentos de forma a impulsionar o aumento da produtividade em empresas, organizações públicas e privadas;

IV - atentar aos processos e procedimentos de inovação, seja em atividades industriais geradoras de produtos, quanto na organização de serviços públicos ou privados; V - formar doutor com perfil caracterizado pela autonomia, pela capacidade de geração e transferência de tecnologias e conhecimentos inovadores para soluções inéditas de problemas de alta complexidade em seu campo de atuação (CAPES, 2020).

O mestrado profissional deve comprovar contribuição inovadora para o desenvolvimento das atividades profissionais e, ao final do curso, o aluno deve apresentar um trabalho de conclusão, que não precisa necessariamente ser na forma da tradicional dissertação; pode ser um projeto de intervenção ou, até mesmo, o desenvolvimento de equipamentos ou protótipos (BUSS, 2006).

Assim, essa modalidade de curso profissional enfatiza o desenvolvimento de estudos e tecnologias voltadas para um desempenho profissional de excelência, bem como responde a uma demanda socialmente definida de capacitação profissional de natureza diferente da propiciada pelo mestrado acadêmico. Tem como objetivo prover recursos humanos que sejam capazes de acompanhar e incorporar os processos de inovação e produção de conhecimentos, formular projetos voltados para responder aos problemas identificados na sua área de atuação, assim como avaliar o impacto das intervenções aplicadas (GOLDBAUM, 2006).

De acordo com o Parecer 81, de 2003, do Conselho Nacional de Educação (CNE)/ Câmara de Ensino superior (CES), a ênfase dada pelo mestrado profissional à produção de pesquisas e à contração de técnicas diretamente voltadas a um desempenho de alto nível de qualificação profissional é a diferença essencial dele em relação ao mestrado acadêmico. São conferidos idênticos

graus e prerrogativas legais, inclusive para o exercício da docência, não sendo o mestrado profissional, de forma alguma, uma alternativa para a formação de mestres, segundo padrões de exigência mais simples que os tradicionalmente adotados pela pós-graduação. Como toda pós-graduação *stricto sensu*, o mestrado profissional tem a validade nacional do diploma condicionada ao reconhecimento prévio do curso (BRASIL, 2003).

Segundo o Centro de Gestão e Estudos Estratégicos (2012), em 1999, foram criados os nove primeiros programas de mestrado profissional no Brasil, além disso, mais nove cursos de mestrado profissional foram ofertados por programas tradicionais de mestrado, que ofereciam também mestrado acadêmico. Em 2009, época de surgimento do curso objeto deste artigo, já existiam 43 programas de mestrado profissional, o que representava, à época, 9% do total de programas de mestrado, que formaram 3.102 novos mestres, o equivalente a 8% do total de titulados naquele ano.

O crescimento da oferta de mestrados profissionais é também um fenômeno relacionado à expansão e consolidação dos programas de doutorado, pois a exigência desse grau para exercer atividades de docência universitária reduziu a importância dos mestrados como formação suficiente para o exercício dessas atividades. Na atualidade, observa-se um total de 869 mestrados profissionais e 54 doutorados profissionais (CAPES, 2020).

Sobre o perfil dos candidatos e o foco de atuação, esses são os dois fatores que diferenciam o mestrado acadêmico do mestrado profissional. Enquanto o mestrado acadêmico forma pesquisadores e docentes, o outro qualifica para o mercado de trabalho, com o objetivo de preparar os profissionais para elaborar novas tecnologias ligadas à atuação, incorporando a cultura da pesquisa no serviço como algo inerente.

Dessa forma, a iniciativa da CAPES de difundir programas de mestrado profissional vem ao encontro da demanda apresentada pelos serviços de saúde, por profissionais de alto nível de qualificação técnico-científica (BUSS, 2006).

Em sintonia com as transformações no campo da formação em saúde, o Ministério da Saúde, de acordo com a portaria 198, de 13 de fevereiro de 2004, instituiu, como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, cuja intenção era favorecer ações que facilitassem a mudança do modelo assistencial hegemônico, abrangendo a formação, desde o nível técnico até a pós-graduação, além de estimular a produção do conhecimento (SUAPE; WENDHAUSEN, 2005).

Segundo Gonçalves et al. (2013), quando se discute formação em saúde, é sempre válido salientar a importância da Educação Permanente em Saúde (EPS), pois esta possibilita a atualização técnica dos profissionais e a análise crítica do processo de trabalho e da formação em saúde. A EPS mapeia problemas e cria estratégias para enfrentamento deles; e baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformação das práticas profissionais, surgindo como estratégia para mobilização dos sujeitos e reorientação do processo de trabalho, visando a melhoria da qualidade dos serviços ofertados e atuando como ferramenta facilitadora da execução de boas práticas em saúde.

A parceria entre o ensino e os serviços de saúde proporciona ganhos dos dois lados e alimenta os interesses sociais dos atores envolvidos nas duas esferas. Trajman et al. (2009), ao realizar inquérito com 322 profissionais de Unidades Básicas de Saúde (UBS) no município do Rio de Janeiro, evidenciou um

problema corriqueiro, isto é, o despreparo dos profissionais do serviço para supervisionar as atividades práticas dos alunos. Dessa forma, considera-se papel da universidade capacitar os profissionais em processos de educação permanente em saúde.

A valorização da EPS se constitui em estratégia fundamental para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde. A transformação do trabalho é o objetivo central da educação permanente na saúde, e esta visa à reorganização e melhoria da gestão e da qualidade dos serviços, ao possibilitar cuidados e acesso aos serviços de saúde com equidade (LEITE; PINTO; FAGUNDES, 2020).

Nessa direção, o Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF) da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) tem a prerrogativa de formar profissionais de saúde que mesmo sem se afastar dos serviços têm a possibilidade de se tornarem mestres com reconhecido nível de conhecimento técnico-científico e também, com competência para atuar em preceptoria, uma vez que a lógica da educação permanente impõe o desafio do acompanhamento de estágios curriculares de graduação, especialização, internato e residência. Assim sendo, é prioridade fortalecer a formação científica desses profissionais, incentivando-os para o uso de evidências na tomada de decisões e para a gestão do processo de trabalho e do cuidado em saúde, fortalecendo a produção de conhecimento dentro dos serviços de saúde (MORAIS et al., 2012).

O Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da RENASF foi aprovado no final do ano de 2010 pela CAPES. Em 2019, foi aprovado o doutorado profissional, concebendo dessa forma, um Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (PPGSF). A preferência pelo formato de Programa Profissional reforça a desejável parceria entre a RENASF e os gestores



municipais, além da pactuação com o fortalecimento de redes de saúde-escola.

A RENASF foi criada em meados de 2009, com a participação de instituições dos estados do Ceará, Rio Grande do Norte, Maranhão, Piauí, Pernambuco, e da Fundação Oswaldo Cruz. A finalidade é a educação permanente, a produção do conhecimento científico, tecnológico e de inovação na área Saúde da Família, na região Nordeste. No decorrer dos anos, outras instituições foram sendo adicionadas à rede, que no momento abrange 29 instituições partícipes em 7 estados do Nordeste e, 1 estado do Norte do País.

Assim, a RENASF é composta pelas seguintes instituições: Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN); Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN); Universidade Federal Rural do Semiárido (UFERSA); Universidade Federal da Integração Luso-Afro-Brasileira (UNILAB); Universidade Federal da Paraíba (UFPB); Universidade Federal de Campina Grande (UFCG); Universidade Federal do Acre (UFAC); Universidade Federal do Cariri (UFCA); Universidade Federal do Ceará (UFC); Universidade Federal do Maranhão (UFMA); Universidade Federal do Piauí (UFPI); Universidade Regional do Cariri (URCA); Universidade de Fortaleza (UNIFOR); Universidade Estadual da Paraíba (UEPB); Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL); Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA); Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS); Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Ceará (COSEMS-CE); Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS); Escola de Saúde Pública de Iguatu (ESPI); Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE); Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia (ESP-VS); Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte (UFMJ) ; Fundação Universidade

Estadual do Ceará (FUNECE); Instituto Leão Sampaio (UNILEÃO); Secretaria de Ciência, Tecnologia e Educação do Ceará (SECITECE); Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA-CE); e Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS).

A organização didático-administrativa do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família está a cargo de um Colegiado Gestor, de uma Coordenação Geral e das Coordenações de cada Instituições Nucleadoras, conforme previsto no Regimento do Curso (MORAIS et al. 2012).

O MPSF é desenvolvido em Rede, ofertado de forma descentralizada. A estrutura e o funcionamento do Curso foram definidos pelas instituições Nucleadoras, colaboradoras e consorciadas. Entretanto, as Nucleadoras são as responsáveis pela execução e certificação. A possibilidade de organização em rede permite que todas as instituições Nucleadoras participem, de forma ativa, na gestão acadêmica e administrativa do Programa, sendo todas elas, proponentes junto a CAPES.

Pode-se dizer que o MPSF, além de se apresentar como uma modalidade inovadora de pós-graduação strictu sensu, possui a particularidade de ser concebido em rede. Segundo Santos (2010), a ideia de rede propõe que o bem público da universidade seja produzido em uma rede de cooperação entre universidades e expressa-se como um meio de valorizar a universidade pública no seu conjunto. Tem o intuito de fortalecer a Universidade na condução das reformas necessárias visando evitar o perecimento em meio à intensa mercantilização da educação gerada pela globalização. No contexto da globalização neoliberal, o isolamento e a concentração da pesquisa em poucas instituições tendem a torná-las mais vulneráveis à mercantilização da educação universitária.

A construção de redes tem a intenção de buscar sinergias e maximizar funcionalidades por meio das diferentes contribuições ofertadas por cada uma das unidades. Ocorre mediante partilha de recursos e equipamentos, mobilidade de docentes e estudantes no interior da rede e, ainda, por meio da padronização dos planos de curso e sistemas de avaliação, mantendo, no entanto, as especificidades de cada nucleadora da rede de forma a acrescentar experiências inovadoras e singulares no âmbito geral (SANTOS, 2010).

A carga horária total do MPSF é de 960 horas e, entre estas, 20% são destinadas a atividades a distância, sendo o quarto semestre do curso, inteiramente dedicado às orientações e à elaboração do trabalho de conclusão. O currículo do curso está estruturado sob a forma de estratégias educacionais que operacionalizam objetivos de aprendizagem cognitivos, de habilidade, atitudinais e mistos.

Os objetivos cognitivos são operacionalizados por meio de algumas estratégias, como as miniexposições, realizadas para toda a turma e utilizadas para o esclarecimento de temas trabalhados nos grupos tutoriais; os seminários, nos quais os mestrandos debatem e apresentam a discussão sobre temas relacionados ao módulo em desenvolvimento; o estudo de caso, que consiste na apresentação de uma situação real ou fictícia, discutida em grupo; e o estudo dirigido, que é um estudo individual aprofundado sobre um tema ministrado. Uma importante estratégia diz respeito ao grupo tutorial, que é debatido posteriormente, sendo a mola mestra da metodologia da aprendizagem baseada em problemas (MORAIS et al., 2012).

Na conformação dos grupos tutoriais são analisados problemas estruturados a partir do currículo, que visam permitir a discussão contextualizada dos tópicos, favorecendo

a recuperação do conhecimento prévio e a aquisição de novos conhecimentos (TOLEDO JÚNIOR et al., 2008).

Os objetivos de habilidade são operacionalizados por meio do treinamento de habilidades, que visa desenvolver padrões organizados e coordenados de atividades (físicas e mentais) direcionadas para uma determinada finalidade. Envolve a apresentação e a demonstração da habilidade pelo educador a prática desta pelos discentes. O desenvolvimento de uma habilidade requer que o mestrando percorra pela fase cognitiva (recebimento das orientações), pela fase de fixação ou associativa (estabelecimento dos primeiros padrões organizados por meio da prática) e pela fase autônoma (a habilidade torna-se automática) (MORAIS et al., 2012).

Segundo Ladewig¹ (2000), a aprendizagem de qualquer habilidade motora requer a seleção de informações que podem estar contidas no meio ambiente ou serem fornecidas pelo professor. Com a prática, é possível aperfeiçoar a capacidade de seleção e retenção de informações relevantes ao que se está realizando, facilitando o desempenho. Durante o processo de aprendizagem de uma atividade, passa-se por diversas fases, que vão desde o momento em que os alunos são expostos pela primeira vez à atividade, sem sequer esboçarem qualquer ideia acerca do que fazer inicialmente, passando pela problematização

1 Módulos: Seminário Introdutório; Atenção Integral à Saúde da Família; Atenção e Gestão do Cuidado; Promoção da Saúde; Educação em Saúde I; Produção do Conhecimento em Serviços de Saúde; Metodologia do Trabalho Científico; Seminários de Acompanhamento I; Seminários de Acompanhamento II; Seminários de Acompanhamento III; Sistema de Informações no Cuidado e na Gestão; Avaliação na Atenção Básica; Qualificação, Educação em Saúde II; Gestão do Processo de Trabalho na Atenção Básica; Tópicos Especiais em Saúde da Família; Seminários de Acompanhamento IV; e Dissertação/Defesa.

sobre o tema, até chegarem ao momento em que conseguem integrar o conteúdo e a prática com pouco esforço cognitivo.

Para a operacionalização dos objetivos mistos, são utilizados o projeto em equipe, a prática na comunidade e a oficina de trabalho. O projeto em equipe tem a finalidade de exercitar a elaboração de projetos de intervenção e as propostas interencionistas são criadas de acordo com as demandas advindas dos temas explorados nos módulos. A prática na comunidade objetiva exercitar o planejamento e a condução de práticas nas comunidades de atuação dos discentes como profissionais de saúde. Na oficina de trabalho, o estudante propõe a resolução de uma situação, desenvolvendo para tanto as atividades motoras necessárias, acessando conhecimentos prévios e propondo resposta adequada ao problema (MORAIS et al., 2012).

Os objetivos atitudinais demandam estratégias educacionais tais como: o grupo tutorial e o estudo de caso, já descritos. A simulação e a dramatização também se constituem em estratégias utilizadas no desenvolvimento desses objetivos.

Uma estratégia também utilizada no processo de aprendizagem, ao longo do mestrado, diz respeito à narrativa. Segundo Santos (2008) as narrativas são estratégias que potencializam a reflexão sobre a ação. É essencial o trabalho reflexivo sobre a narrativa, permeado pela interpretação partilhada entre o narrador (aluno) e o formador, permitindo a reconstrução dos conhecimentos e promovendo o crescimento profissional, por meio da compreensão de outras formas de realizar o trabalho.

O conhecimento da memória humana e dos fatores que influenciam na recuperação de informações por ela armazenadas, levou ao desenvolvimento de metodologias de ensino direcionadas ao aprendizado dos adultos. Dentre elas destaca-se uma estratégia pedagógico- didática centrada no aluno chamada



problem based learning (PBL), ou, em português, aprendizagem baseada em problemas (ABP), que vem sendo aplicada nos últimos trinta anos (BOROCHOVICIUS; TORTELLA, 2014).

O uso de Metodologias Ativas, como é o caso do PBL, confronta o ensino tradicional, caracterizado por retenção de informação, disciplinas fragmentadas e avaliações que exigem apenas memorização, levando, muitas vezes, os estudantes à passividade e à aquisição de uma visão estreita e instrumental do aprendizado.

O grande desafio da Metodologia Ativa é aperfeiçoar a autonomia individual e promover uma educação capaz de desenvolver uma visão do todo, transdisciplinar, que possibilite a compreensão de aspectos cognitivos, afetivos, socioeconômicos, políticos e culturais, constituindo uma prática pedagógica socialmente contextualizada, na qual o discente perceba que a edificação do seu saber depende, principalmente, da autoiniciativa, tornando o conhecimento mais duradouro e sólido (MELO; SANT'ANA, 2012).

O método PBL, fundamenta-se na mudança do processo de ensino-aprendizagem de forma que o aluno desempenhe papel ativo na educação, passando a buscar o conhecimento necessário à resolução dos problemas, deixando de ser um elemento exposto à informação apenas por meio de aulas expositivas tradicionais. Promove a motivação para o aprendizado e o desenvolvimento de habilidades para a autoaprendizagem.

A aprendizagem baseia-se também nas dúvidas dos alunos e valoriza, além do conteúdo a ser aprendido, a forma como ocorre o aprendizado, reforçando o papel ativo do aluno no processo de ensino-aprendizagem e permitindo que ele aprenda como aprender (TOLEDO JÚNIOR et al., 2008).

A ABP, muitas vezes, está associada a propostas de reestruturação curricular que objetivam integrar disciplinas, tendo em vista a prática. São criados problemas referentes aos temas que o aluno deverá saber/dominar e cada problema é discutido por meio de um grupo tutorial (CYRINO; TORALLES; PEREIRA, 2004).

O Grupo Tutorial é utilizado para o processamento de situações-problema que abordam diferentes temas e contextos da atuação profissional em saúde. A situação-problema deve funcionar como um dispositivo inicial, estimulando o processo de reflexão e teorização no grupo, estabelecendo relações entre o objetivo de aprendizagem a que se refere e as experiências prévias dos mestrandos, além da própria questão ou problema em discussão (MORAIS et al., 2012).

No contexto do PBL, os problemas, ou situações-problema, são cuidadosamente elaborados por uma comissão especialmente designada para esse fim. O número de problemas deve ser suficiente para abordar todos os temas essenciais à formação dos alunos e ao cumprimento do currículo (BERBEL, 1998).

Esse tipo de metodologia ativa parte da premissa de que um ensino contextualizado por meio de situações semelhantes àquelas nas quais o conhecimento será utilizado efetivamente, aumenta a compreensão e o aprendizado, favorecendo a estruturação do conhecimento, facilitando a ativação e a utilização posterior. Também ajuda a formar profissionais com capacidades de comunicação e de trabalho em equipe bem desenvolvidas, favorece o respeito aos colegas e a postura crítica (TOLEDO JÚNIOR et al., 2008).

Afinal, como se aprende no CMPSF? Por meio da descoberta e da resolução de problemas, construindo significados; por repetição e reflexão; quando motivados; quando realiza-se comparações; quando pratica-se a empatia; na integração entre

a avaliação e os processos de ensino-aprendizagem; quando interpreta-se e internaliza-se saberes; quando reorganiza-se conhecimentos a partir de experiências criativas, no intercâmbio ativo com a produção de conhecimentos; quando se reconhece a importância de desenvolver metodologias integrativas de ensino, serviço e comunidade; quando pratica-se métodos avaliativos formativos; e quando valoriza-se as peculiaridades intersubjetivas do aprendiz como membro de uma sociedade desigual e como ser histórico-cultural, entre outras.

Em 2019, conforme exposto, foi aprovada a proposta do doutorado profissional, fato que traz uma mescla de motivação, desafio e responsabilidade. Agora, na forma de Programa de Pós-graduação Profissional em Saúde da Família ampliam-se as possibilidades de religação de saberes e fazeres entre duas políticas públicas (o SUS e a Educação/Pós-graduação) que, desde o movimento da reforma sanitária, são tidas como pedras angulares para um desenvolvimento social mais justo e equânime.

Essa articulação envolve múltiplas esferas da gestão, do cuidado, da pesquisa, da extensão universitária e da formação em saúde. Os desafios complexos que se apresentam diuturnamente à sociedade requerem estratégias educativas que busquem trabalhar competências complexas, instigando resistência, adaptabilidade, esperança e as demais características do mandacaru em prol dos SUS. Assim, mandacaruzando a educação permanente em saúde, o Programa Profissional em Saúde da Família busca formar profissionais/cidadãos capazes de atuar de forma crítica e criativa com vistas a florir e impactar positivamente a Atenção Primária à Saúde, sob a égide da RENASF.

A simbologia das flores dos mandacarus representa a teimosia de uma planta nordestina em viver frente a um



contexto adverso. A resiliência do *Cereus jamacaru* revela sinais de vida num mundo de morte, pois crescem fortes, sem perfume e, às vezes, sem sorte, pois mesmo sem sombra, demonstram a esperança na resistência de seus troncos e ramos torcidos, em exótica beleza. Que tua flor sincera, na intimidade de sua metáfora, não dure apenas uma noite, nem murche e morra com a manhã. Sejais, portanto, o contraste e a claridade dos que lutam por uma paisagem melhor.



Referências

BERBEL, N. A. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface**, Botucatu, v. 2, n. 2, p. 139-154, 1998.

BOROCHOVICIUS, E.; TORTELLA, J. C. B. Aprendizagem baseada em problemas: um método de ensino-aprendizagem e suas práticas educativas. **Ensaio: Aval. Pol. Públ. Educ.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 83, p. 263-294, 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Parecer CNE/CES 364/2002**. Brasília, DF, 2003. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2003/pces081_03.pdf. Acesso em: 06 dez. 2019.

BUSS, P. M. Prefácio. In: LEAL, M. C.; FREITAS, C. M. (Orgs.). **Cenários possíveis: experiências e desafios do mestrado profissional na saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. p. 17- 21.

CAPES. Plataforma Sucupira. **Mestrado profissional em saúde da família da rede nordeste de formação em saúde da família**. 2020. Disponível em: <https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/programa/quantitativos/ququantitativoRegi.jsf>. Acesso em: 01 set. 2020.

CENTRO DE GESTÃO E ESTUDOS ESTRATÉGICOS. **Mestres 2012: estudos da demografia da base técnico-científica brasileira**. Brasília: Centro de Gestão e Estudos Estratégicos, 2012.



CYRINO, E. G.; TORALLES-PEREIRA, M. L. Discovery-based teaching and learning strategies in health: problematization and problem-based learning. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 780-788, 2004.

DIAS M. S. A.; VIEIRA-MEYER, A. P. G. F. Rede de formação em saúde da família: a experiência do Nordeste brasileiro. **Estudios Avanzados**, v. 24, p. 76-89, 2015.

GOLDBAUM, M. Mestrado profissionalizante em Saúde Coletiva. In: LEAL, M. C.; FREITAS, C. M. (Orgs). **Cenários possíveis: experiências e desafios do mestrado profissional na saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

GONÇALVES, L. C. et al. Educação permanente na estratégia de saúde da família: análise de conteúdo. In: SEMANA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 74., 2013, Natal. **Anais...** Natal: SBEn, 2013. p. 418-420. Disponível em: http://www.abeneventos.com.br/anais_sben/74sben/pdf/284.pdf. Acesso em: 06 jun. 2013.

HARTZ, Z. M. A; NUNES, T. C. M. Formação e capacitação dos recursos humanos no Brasil: situação atual, desafios e perspectivas da pós-graduação em saúde Coletiva. In: LEAL, M. C.; FREITAS, C. M. (Orgs.). **Cenários possíveis: experiências e desafios do mestrado profissional na saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. p. 49-63.

HORTALE, V. A. et al. Construção Teórico-metodológica e aprendizados com a experiência no mestrado profissional em saúde da família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 11-23, 2015.



LADEWIG, I. A importância da atenção na aprendizagem de habilidades motoras. **Rev. Paul. Educ. Fís.**, supl.3, p. 62-71, 2000.

LEITE, C. M.; PINTO, I. C. M.; FAGUNDES, T. L. Q. Educação permanente em saúde: reprodução ou contra- hegemonia? **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, supl. 1, p. e0025082, 2020.

MELO, B. C.; SANT'ANA, G. A prática da metodologia ativa: compreensão dos discentes enquanto autores do processo ensino-aprendizagem. **Comun. Ciênc. Saúde**, v. 23, n. 4, p. 327-339, 2012.

MORAIS, A. P. P. et al. **Rede nordeste de formação em saúde da família**: curso de mestrado profissional em saúde da família. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), 2012.

REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA (Brasil). **Mestrado profissional em saúde da família**: chamada de seleção pública n. 1/2014. 2014. Disponível em: <http://www.ufma.br/portalUFMA/edital/ZZPKj7Ns0xAPMgX.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2019.

RIBEIRO, I. L. **Aprendizagem na interação ensino-serviço-comunidade**: a formação na perspectiva dialógica com a sociedade. 2013. 150f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2013.

SANTOS, B. S. **A universidade do século XXI**: para uma reforma democrática e emancipatória da Universidade. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2010.



SANTOS, B. S. **Um discurso sobre as ciências.**

7. ed. Porto: Afrontamento, 1995.

SANTOS, C. M. Os primeiros passos da pós-graduação no Brasil: a questão da dependência. **Ensaio: Aval.**

Pol. Públ. Educ., v. 10, n. 37, p. 479-492, 2002.

SANTOS, C. M. Tradições e contradições da pós-graduação no Brasil. **Educ. Soc.**, v. 24, n. 83, p. 627-641, 2003.

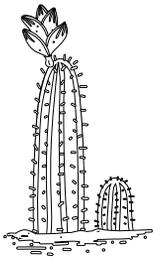
SANTOS, S. A narrativa como estratégia de formação e de reflexão sobre a prática docente. **Revista Teoria e Prática da Educação**, v. 11, n. 2, p. 207-217, 2008.

SAUPE, R.; WENDHAUSEN, A. L. P. O mestrado profissionalizante como modelo preferencial para capacitação em Saúde da Família. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 621-630, 2005.

TOLEDO JÚNIOR, A. C. C. et al. Aprendizagem baseada em problemas: uma nova referência para a construção do currículo médico. **Rev. Med. Minas Gerais**, v. 18, n. 2, p. 123-131, 2008.

TRAJMAN, A. et al. A preceptoria na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de saúde. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 33, n. 1, p. 24-32, 2009.





MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA:

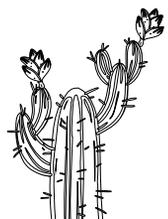
ANÁLISE ACERCA DOS (DES) CAMINHOS PERCORRIDOS

Odemir Pires Cardoso Júnior
Karla Patrícia Cardoso Amorim

INICIANDO A CAMINHADA

As mudanças tecnológicas e as correntes transformações em praticamente todos os cenários brasileiros têm demandado profissionais com perfis de especialização distintos dos tradicionais. O Mestrado Profissional (MP) é uma modalidade inovadora de ensino stricto sensu, dirigido à formação e qualificação profissional, com ênfase no trabalho manual, mediante o estudo de técnicas, processos, ou temáticas por meio do trabalho intelectual, na perspectiva de formação para o serviço (LEITE et al., 2017). Nesse contexto, entendem-se os serviços de saúde como locais de produção do conhecimento.

Os profissionais de saúde, que participam do MP, contribuem com os serviços, ao materializar o conhecimento adquirido, no formato de um produto final a ser desenvolvido como pré-requisito de conclusão do curso. O trabalho de



conclusão de curso (TCC) deve estar vinculado aos problemas reais da área de atuação do mestrando, ou seja, uma proposta de ação gerada a partir de uma pesquisa cujo enfoque está voltado para uma aplicação direta no campo ao qual ele se insere. Este poderá ser em diferentes formatos, tais como o desenvolvimento de aplicativos, de materiais didáticos e instrucionais e de produtos, processos e técnicas; produção de programas de mídia, editoria, composições, concertos, manual de operação técnica, protocolo experimental ou de aplicação em serviços; proposta de intervenção em procedimentos clínicos ou de serviço pertinente; projetos de inovação tecnológica e outros, desde que atenda às diretrizes propostas pela Coordenação de Aperfeiçoamento Profissional de Pessoal de Nível Superior (CAPES) - (BRASIL, 2009).

Desse modo, ao se considerar que os MP se expandem, inclusive no campo da Saúde Coletiva e, mais especificamente, no contexto da Estratégia da Saúde da Família (ESF), possibilitando a reafirmação dos princípios do SUS mediante o acelerado crescimento, emerge a necessidade do desenvolvimento e implementação de processos avaliativos internos e externos, com foco na qualidade da formação da pós-graduação brasileira.

A autoavaliação estimula os sujeitos e coletivos implicados a submeter o processo de trabalho à análise, e a pensar modos de mudá-la para superar problemas e alcançar objetivos pactuados por esse mesmo coletivo. A dinâmica pedagógica deve ser cíclica e permanente, constituindo-se como uma cultura internalizada de monitoramento, traduzindo aspectos humanos, políticos, sociais, culturais e contextuais para o aprimoramento dos serviços (VASCONCELOS et al., 2017).

Tomando-se como base a natureza e a finalidade de um Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF), surgiram

algumas questões que nortearam a pesquisa, que este capítulo se reporta: O que o MPSF tem conseguido produzir e gerar como resultados? No que ele difere do mestrado acadêmico? Quais os caminhos que têm sido percorridos? Há barreiras a serem enfrentadas nesse percurso? Quais as contribuições para os cuidados em saúde?

Nesse sentido, considerando as questões suscitadas e a importância da autoavaliação no âmbito do processo de formação, este capítulo traz o recorte da referida pesquisa oriunda do MPSF, na qual buscou-se analisar os resultados e os produtos de duas turmas, bem como escutar os egressos a respeito da formação recebida e da atuação e dos destinos atuais.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, documental e descritivo. O contexto de investigação foi um curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF), vinculado a uma instituição de ensino superior federal. Os dados foram coletados no período de março a julho de 2019.

O estudo dividiu-se em dois momentos. O primeiro, com o objetivo de analisar as produções e os produtos que emergiram das duas primeiras turmas do MPSF, teve um caráter documental-bibliográfico. Os documentos foram coletados em banco de dados eletrônico da instituição de ensino e por meio da Plataforma Lattes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), levando-se em conta as seguintes variáveis: ano de defesa, título, autor e orientador, forma de apresentação do trabalho (dissertação ou

outro produto/modelo), objetivos, metodologia utilizada, linha de pesquisa e temas, bem como todas as produções técnicas e científicas desenvolvidas e relacionadas às duas primeiras turmas do Mestrado até 2019.

Ademais, esses dados foram analisados com base em cinco conceitos, em consonância com o estabelecido pelo Regulamento pela Avaliação Quadrienal da CAPES (CAPES, 2017), cada um gerando um indicador de qualidade: quantidade de trabalhos de conclusão aprovados e qualidade dos trabalhos de conclusão produzidos. Sob tal ótica, foram classificados como “adequado à linha de pesquisa” [Muito Bom (MB) e Bom (B)], ou “necessidade de melhoria” [Regular (R), Fraco (F) ou Insuficiente (I)], bem como por meio de estatística descritiva.

O segundo momento teve como participantes os egressos do MPSF das duas primeiras turmas. O intuito foi escutá-los a respeito da formação recebida e conhecer suas atuações e destinos atuais. Para tanto, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, por meio de telecomunicação, as quais foram gravadas e transcritas na íntegra.

O universo dos participantes da pesquisa foi de 46 mestres egressos, sendo que, na segunda etapa, participaram doze egressos (cinco enfermeiros; uma nutricionista; três médicos; dois odontólogos; e um psicólogo), por conveniência, que responderam ao convite e que se dispuseram voluntariamente a fazer parte da investigação. Para salvaguardar o anonimato dos participantes, foram utilizados como pseudônimos as ferramentas de trabalho (sorriso, alimento, cuidado, estetoscópio e escuta) nos registros realizados a partir das entrevistas.

Para a organização e análise do material empírico emergido das entrevistas, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo (CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014).

Primeiramente, foi feita uma (re)leitura minuciosa da temática encontrada, procurando-se um sentido geral do que estava escrito e identificando-se, posteriormente, os pontos convergentes, representativos e significativos em relação ao tema. A partir desse desmembramento, foi possível fazer uma análise descritiva do conteúdo encontrado. Por fim, fez-se o tratamento mais apurado dos resultados e interpretações, o que por sua vez, permitiu que os conteúdos recolhidos se constituíssem em dados qualitativos e/ou análises reflexivas.

A pesquisa foi desenvolvida com base na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012), sendo aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa, no parecer de nº 3.180.305 e CAAE nº 07046819.9.0000.5292.

DIALOGANDO COM OS RESULTADOS ENCONTRADOS

Os resultados são apresentados e discutidos a partir da sistematização das seguintes categorias temáticas: “Mestrado como marca do SUS, um motivo a mais para continuar na trilha do conhecimento”; e “perfil profissional, nortes e escolhas - qual o mestrado que fazemos e qual o mestrado que queremos?”.



O Mestrado como marca do SUS

Como já dizia a cantora Sandy Leah, em uma de suas letras musicais: *“Eu desisto de entender, é um sinal que estamos vivos, pra esse amor que vai crescer, não há lógica nos livros”*, não existe uma fôrma pronta ou uma fórmula para o conhecimento; o que se vê são inúmeras configurações de aprendizagem, as quais devem ser respeitadas. O relevante no processo de ensino-aprendizagem é reconhecer a forma singular de cada sujeito e valorizar, aperfeiçoar, novas competências para atender as novas demandas.

Na busca de fomentar os princípios da aprendizagem significativa, ancorados nas metodologias ativas, observou-se que não basta apenas dar acesso ao conhecimento simples e puro para o aluno, pois aprendizagem só se torna singular, quando diz respeito, de algum modo, à sua vida (VILAR et al., 2017).

Nesse sentido, é preciso que o saber como “dado” ao ser adquirido passe a ser compreendido como “coisa-sentido”, isto é, como algo que faz parte da vida e não apenas parte de um mundo fora do próprio espaço existencial.

Nas duas primeiras turmas do MPSF, 46 Trabalhos de Conclusão do Mestrado (TCM) foram produzidos e aprovados no quadriênio 2012-2016. No que diz respeito às contribuições do TCM, muitos o consideraram como a culminância de vários momentos de estudo, conforme as falas que seguem:

Serviu para contribuir com o conhecimento e desenvolvimento de estratégias que visam à melhoria dos serviços em que estamos inseridos (Cuidado 01).



Acho que o meu TCM foi muito importante porque fiz um projeto ação e a gente sempre deixa no projeto-ação alguma coisa, no meu caso eu deixei pra comunidade (Alimento 01).

Contribuiu bastante para o meu conhecimento, toda essa bagagem, vamos dizer assim, que eu tenho hoje em questão de conhecimentos técnicos (Sorriso 02).

No que se refere ao método de pesquisa utilizado, os TCMs de cunho qualitativo representam ampla maioria em detrimento das quantitativas; enquanto as quanti-quali representam, aproximadamente, cinco (10%) das 46 dissertações. O diferencial do MPSF é justamente esse salto qualitativo na formação do aluno. Fica destacada, portanto, a convicção de que o MPSF pretende aprofundar a compreensão do papel das relações sociais, baseada no caráter subjetivo, na determinação do processo saúde-doença-cuidado, na qual o adequado cuidado ao indivíduo é inseparável da compreensão das dinâmicas coletivas (MORAIS et al, 2012).

Tabela 1: Tipos de metodologias do TCM. Natal. 2019.

Abordagem	TCM 2014 (N=23)		TCM 2016 (N=23)	
	n	%	n	%
Qualitativa	17	74	13	57
Quantitativa	4	17	7	30
Mista (quali-quant)	2	9	3	13

Fonte: Dados da pesquisa.

Nessa mesma linha de compreensão, Barata (2019) indica a necessidade de agregar componentes de humanidades e arte à formação científica, recolocando a questão da formação de intelectuais para além da preparação técnica de cientistas. Finalmente, articulada a essa necessidade de formação mais ampla, profundamente imbricada em metodologias ativas de ensino-aprendizagem, destaca que uma nova avaliação dos programas precisa estar mais focada nos aspectos de formação, e não apenas na produção de conhecimentos.

Baseado nisso, Furtado (2012), em seus achados, reconhece a avaliação como um percurso para qualificar programas e serviços e também para habilitar os trabalhadores, gestores e grupos de interesse envolvidos. Em princípio, propõe a exploração e ampliação dos aspectos pedagógicos, empoderadores e de produção de subjetividades potencialmente presentes nos processos avaliativos, no sentido de reafirmar a categoria trabalho como um dos modos de produção e (re)constituição de sujeitos, de coletivos e de instituições.

A partir dos temas das unidades didáticas e dos variados objetos de produção do conhecimento, os mestrandos aplicaram as suas realidades de trabalho para (re)elaborarem a escolha do problema e definição da linha de pesquisa a ser desenvolvida, prioritariamente, em projetos de intervenção. Para tal, na perspectiva do desenvolvimento das habilidades e competências, o curso de MPSF defende a ideia desse tipo de estudo, com estímulo à utilização de uma proposta de ação na forma de um produto final de modo que o próprio serviço seja matéria e motivo do processo de formação.

Tabela 2: Distribuição dos TCMs, segundo linhas de pesquisa. Natal. 2019.

Linha de pesquisa	TCM 2014 (N=23)	TCM2016 (N=23)
Educação em saúde	N	N
	7	4
Atenção e gestão em Cuidados	13	11
Promoção da saúde	3	5

Fonte: Dados da pesquisa.

Das linhas de pesquisa selecionadas, a maioria não foi declarada, tomando como base o ano de 2014. Para tanto, de acordo com os dados apresentados na tabela 2, foram classificadas por meio de uma avaliação subjetiva do autor; paradoxalmente a essa observação, no ano de 2016m cinco dissertações foram desenvolvidas no âmbito atitudinal, quatro dissertações foram desenvolvidas no âmbito educacional, enquanto as outras onze no âmbito assistencial/organizacional. Por conseguinte, acredita-se que a translação do conhecimento científico e técnico para a sociedade, promove a dimensão e heterogeneidade de assuntos e a inserção dos profissionais participantes.

Nesse prisma, o conjunto dos 46 trabalhos contemplam, direta ou indiretamente, oito temas que são afeitos ao campo da Saúde Coletiva, com seus respectivos quantitativos, a saber: 07 se vincularam à saúde materno-infantil, 04 se vincularam à saúde do idoso, 03 se vincularam à saúde mental, 03 se vincularam à saúde bucal, 08 se vincularam à gestão do cuidado, 13 se vincularam a sistemas e políticas de saúde, 04 se vincularam

a práticas integrativas e complementares e, por fim, 04 se vincularam à saúde da mulher.

Sendo a Saúde Coletiva um campo científico de natureza interdisciplinar, cujas disciplinas básicas são a epidemiologia, as ciências sociais e humanas em saúde e a política, planejamento e gestão de sistema e serviços de saúde, Santos; Mishima; Merhy (2018) enfatizam que a temática Saúde da Família seria um desdobramento mais específico do campo da Saúde Coletiva, sobretudo, na singularidade do cuidado. Nessa lógica, inseridas como atitudes cotidianas, as linhas de pesquisa do MPSF são atrativas, visto que estão estruturadas em consonância com demandas sociais presentes, refletindo a estreita ligação com a nascente Estratégia de Saúde da Família.

Tabela 3: Distribuição de orientados e orientadores, ano a ano, no mestrado. Natal. 2019.

	Nº de professores orientadores (2014)	Estudantes mestrandos (2014)	Nº de professores orientadores (2016)	Estudantes mestrandos (2016)
Docentes Permanentes	8	18	9	15
Docentes Colaboradores	1	2	2	3
Docentes Visitantes	2	3	3	5

Fonte: Dados da pesquisa.

A leitura dos resultados supracitados permite nortear que o programa tem uma base sólida, considerando o núcleo de professores permanentes, possui uma distribuição heterogênea

de orientandos por docente/ano, além de se manter adequado às dimensões do corpo discente, uma vez que as principais atividades - ensino, orientação e pesquisa - estão sob responsabilidade desse núcleo. Atentando a essa ressalva, é esperado que o incremento de pesquisadores, associado à senioridade, em particular, na categoria permanente, maximize a produção bibliográfica qualificada no mestrado.

Considerando que a comunicação dialógica entre quem ensina e quem aprendem amplia o olhar e o conhecimento para atuar no campo da saúde, a partir do entendimento da necessidade, no curso de MPSF, por exemplo, o protagonista que valida uma educação por competência é o tutor, também chamado de facilitador da aprendizagem.

Esse novo modo de aprender, singularizado na variedade de estratégias educacionais, representa o fio condutor do veículo formativo diferencial no mestrado, uma vez que estimula o aprendizado por meio da imersão no ambiente, cultura e contexto socioeconômico local, de modo a promover interatividade e interconexão, com base em uma relação de horizontalidade entre professores/tutores e estudantes (VASCONCELOS, 2017).

Finalmente, no que concerne aos programas profissionais, destaca-se que a realização deste estudo possibilitou, além de inferir sobre o potencial de uma formação que dialoga com a realidade, produzir informações que facilitem um processo avaliativo interno, na perspectiva do planejamento estratégico. Nesse enfoque, os dados apontam, de forma geral, que as produções finais do MPSF, nas duas turmas analisadas, acerca do indicador de qualidade - “quantidades de trabalhos concluídos”, em compasso com os princípios e diretrizes ditadas pela Avaliação Quadrienal (CAPES, 2017) se configuram como Adequado à linha de pesquisa.



O perfil profissional, nortes e escolhas

Partindo da premissa de que um mestrado denominado acadêmico estrutura-se a partir da formação, em longo prazo, de pesquisadores para o magistério superior, visto que demanda imersão na pesquisa, pode-se considerar que na designação profissional do mestrado, o que se espera é qualificar alguém que, no mundo profissional externo à academia, saiba utilizar a pesquisa de forma aplicada, de modo a agregar valor a suas atividades e que retorne para o serviço (DE OLIVEIRA; DE PAULA BROTTTO, 2018).

Nesse sentido, a modalidade profissionalizante está associada à inclinação por candidatos com vivência profissional, ao assegurar o compromisso com a prática, conforme demonstrado na tabela 4.

Tabela 4: Distribuição dos egressos por tempo de formação quando da defesa do TCM. Natal. 2019.

Tempo de formação	Mestrado Profissional 2014 (N=23)	Mestrado Profissional 2016 (N=23)
Até 5 anos	n 2	n 4
6 – 10 anos	6	5
11 – 15 anos	5	7
16 – 20 anos	3	1
+ 21 anos	5	3

Fonte: Dados da pesquisa.

Como nas dissertações o tempo de formação não é item de apresentação obrigatório, procedeu-se com a busca *on-line*

por esse dado na Plataforma *Lattes* (BRASIL, 2019), acessando o currículo dos mestres. Considera-se essa informação relevante quando se analisa o MP, pois o tempo de formação e atuação profissional tem implicação direta para a pesquisa aplicada. Assim, os dados encontrados nas tabelas supracitadas indicam: 6 egressos com até 5 anos de formado; 11 egressos entre 6-10 anos; 12 egressos entre 11-15 anos; 4 egressos entre 16-20 anos; e 8 egressos com tempo de formação superior a 21 anos.

Barbosa et. al (2017) reafirmam esse pensamento e relatam que a busca por uma formação surge na sociedade contemporânea como uma forma de atender às novas demandas educacionais decorrentes das mudanças nos modelos assistenciais, bem como, das mudanças na composição etária e no perfil demográfico das populações. Esse contexto fez com que o mestrado profissional se renovasse, se revitalizasse, buscando o mesmo status que a sociedade atribui à modalidade acadêmica, por meio da necessidade de formar, recrutar, selecionar e qualificar para o mercado de trabalho em saúde.

Relatos de expectativas positivas também se fazem presentes nas falas, quando exprimem sentimentos de felicidade, pela adesão ao interesse do aluno: “*Olha, era aqui mesmo que eu desejei estar*” (Escuta 01); “*E jamais termina meu caminhar*” (Estetoscópio 03).

Sobre os formatos dos TCCs a pesquisa destaca uma sensível discrepância no formato dos produtos finais (predominância de dissertações) que merece atenção ao se considerar o fato de que o MP, pautado na modalidade de projeto de intervenção, oferece diversas possibilidades na materialização do TCM. Nessa circunstância, foi observado que os produtos gerados como fruto das pesquisas no MP ainda tendem ao formato tradicional de dissertação.

Alternativamente, Santos et al (2019), em pesquisa recente, revela que os produtos “dissertação” somente passam a ter sentido, nessa modalidade de mestrado, quando assumem o papel de descrever tecnologias, processos de trabalho, protótipos elaborados com vistas a um retorno mais objetivo ao serviço.

Parte-se da convicção de que o mestrado profissional, ao propiciar condições, num esforço institucional em ampliar a formação pós-graduada no campo da qualificação para Atenção Primária em Saúde, oferece subsídios para que o futuro mestre ofereça um produto que viabilize as necessárias mudanças nos serviços onde o profissional está inserido.

Nessa lógica, na situação em estudo, é relevante a evidência dos produtos gerados a partir do produto final “dissertação” (a implantação de uma caderneta da gestante e a elaboração de um guia de prevenção de quedas em idosos), fato que se traduz numa missão que vai além da exigência protocolar preconizada no referido mestrado, ou seja, propõe que os sujeitos/mestres em destaque, na minoria, assumam a capacidade de apreensão, análise e intervenção na realidade vivida e gerada a partir de uma visão ampliada de mundo.

Considerando preocupante o panorama exposto, a partir das releituras de Santos et al (2019), reitera-se a pouca distinção dos trabalhos finais entre Mestrado Profissional (MP) e Mestrado Acadêmico (MA), sinalizando que tanto num quanto noutro, o maior percentual foi o formato de dissertação, ou seja, 72,35% para os MA e 88,52% para os MP, o que indica forte influência dos modelos acadêmicos de formação no MP. Por outro lado, faz-se importante demarcar o papel do ser-docente, intrinsecamente relacionado, em face da orientação perante à necessidade de ressignificação em diversificar os produtos

finais do mestrado, desconstruindo a reprodução do modelo academicamente consolidado.

Quadro 1: Distribuição dos egressos quanto à atuação profissional após defesa do TCM. Natal. 2019.

Área de Atuação	Turma 2014	Turma 2016
Estratégia Saúde da Família	18%	38%
Saúde Coletiva	32%	14%
Saúde do Trabalhador	9%	19%
Docente	41%	24%
Gerente de Serviços de Saúde	-	5%

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Levando em consideração o vínculo empregatício atual dos mestres, os dados do presente ensaio são fruto de um segundo olhar sobre a Plataforma Lattes (BRASIL, 2019). Dessa forma, de encontro à primeira turma, é evidente um aumento significativo de mestres na academia, geralmente em universidades e instituições de pesquisa. Por outro lado, salienta-se na segunda turma, uma distribuição homogênea de atuação atrelada a ESF. Considera-se, que diante os mais variados cenários, a experiência reforça a escolha pelo formato do mestrado, de modo que a vivência e o ato do fazer constantemente na gestão, na atenção ou na preceptorial em serviço, fortifica motivação para a pesquisa aplicada.

Entende-se que esses dados são representativos para uma autoavaliação do programa, no entanto, apesar de ter idênticos grau e prerrogativas, inclusive para o exercício da docência, o esforço por formar um profissional de alto nível no MP e que



retorne para o serviço, sofre retração com esses profissionais migrando para a área acadêmica.

Para De Oliveira Carvalho; Duarte; Guerrero (2015), quando nos referimos ao MP, o foco predominante está na produção da assistência, “no fazer” saúde em detrimento do aspecto puramente científico, que desaparece ou fica subsumido, não sendo o elemento expressivo das propostas.

Outro registro que convém destacar, segundo o público de profissionais do mestrado, é o excesso de profissionais que compõem as Equipes de Referência (ER) e a escassez dos que compõem o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), o que, por sua vez, enfraquece e compromete à qualificação da força de trabalho em saúde. Não obstante, De Oliveira et al (2017) corrobora que nenhuma especialidade, de modo isolado, poderá assegurar a integralidade do cuidado.

Fomenta-se, desse modo, diante das demandas e necessidades de saúde presentes no território e das dificuldades e dos limites das equipes de referência, numa perspectiva integradora de ensino, a inserção de novas categorias profissionais de modo a ampliar o matriciamento e consolidar a interdisciplinaridade nos serviços de saúde.

No que tange ao processo de avaliação de programas, a formação vem sendo mensurada indiretamente pela publicação dos resultados dos trabalhos finais, sob a forma de artigos ou livros, o que levam docentes e alunos a optarem por formatos que facilmente são convertidos em publicações. Embora necessária, a avaliação externa realizada pela CAPES é considerada insuficiente por alguns autores (BARATA, 2019; SANTOS et al, 2019), especialmente pelo fato de avaliar o desempenho dos programas a partir de critérios fundamentalmente quantitativos, ignorando outros considerados indispensáveis à

manutenção da qualidade, resultando na titulação de novos pesquisadores, nem sempre com a autonomia e liderança intelectual desejada.

O estudo identificou maior ênfase à produção científica, mais precisamente à publicação de artigos científicos, como critério bastante valorizado na primeira turma, deturpando as características nitidamente aplicadas, íntimas do MP. Entretanto, tomando como base a segunda turma, a dimensão científica, fator determinante na comparação de desempenho entre os programas, esteve abaixo da expectativa avaliativa da CAPES. No entanto, denotou a vocação da segunda turma pela proposta do MPSF, referindo uma ascensão positiva contra o produtivismo acadêmico.

Por sua vez, é oportuno enunciar a ampla quantidade de currículos desatualizados, com 5 (21%) em 2014, contrapondo-se a 13 (56,52%) em 2016, gerando lacuna e fator limitante de registro real. Estima-se que a não atualização do currículo Lattes após dois anos de titulação do aluno pode indiciar o abandono da carreira acadêmica ou um abandono, ou desinteresse, pelo componente de pesquisa.

Conforme Falaster; Ferreira; Gouvea (2017), existe associação entre a qualidade da orientação recebida pelos alunos de pós-graduação em programas *stricto sensu* em relação ao sucesso futuro como pesquisadores. Em especial, sugere-se que a competência do professor orientador terá um impacto positivo na formação do estudante, refletindo-se na produção científica, dada as pressões organizacionais e institucionais exigidas pela CAPES.

Substancialmente, as respostas dos entrevistados representam, tomando como base o contingente de concluintes e a inserção destes nas diferentes regiões de saúde, um conjunto

de intenções, de modo a tornar o MPSF uma política pública de formação, validando a identidade, conforme relatos a seguir:

Sou efetiva no município como enfermeira da saúde da família, mas eu estava exercendo o papel de coordenadora da atenção básica e, hoje, eu sou secretária de saúde (Cuidado 03).

E, hoje, sou preceptora da Residência Multiprofissional (Estetoscópio 2).

Caberia nesse momento ressaltar, recorrendo uma vez mais a Barata (2019), que os objetivos de uma autoavaliação são diferentes de uma avaliação externa e que, apesar da avaliação da CAPES ter sido usada como um dos fundamentos para construção dos indicadores, o sistema atual necessita de reflexão, revisão e renovação para permitir uma avaliação mais ajustada à realidade e à missão de cada programa. O que se deseja sensibilizar desse resultado é que a autoavaliação possa ser vista como uma potencial ferramenta de gestão para os programas, especialmente pelo fato de abordar dimensões não contempladas pela avaliação externa.

Faz-se necessário e urgente um processo de autoavaliação permanente, permitindo que os mestrados sejam protagonistas, no desenvolvimento e efetivação de estratégias de avaliação interna, que colaborem para a melhoria da qualidade da formação discente, avanço do conhecimento científico e ampliação da produção de inovações.

Nesse sentido, a reflexão sobre essa prática, enquanto energia, mobiliza, motiva e empodera os sujeitos envolvidos,

visando à construção de um produto como um instrumento potente capaz de transformar práticas profissionais instituídas em práticas instituintes.

Nessa direção, a expectativa em criar novos caminhos, ora solidificando uma concepção problematizadora, pautada nos aspectos de formação, ora considerando qualitativamente os produtos e egressos, aprimoraria o atual modelo de avaliação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A CAPES desempenha no Brasil um papel estruturante na expansão e consolidação da pós-graduação *stricto-sensu*, sendo responsável, além da avaliação externa dos programas, pelo acesso e divulgação da produção científica brasileira. Apesar disso, a busca contínua por melhores desempenhos traz consigo a necessidade de redesenhar instrumentos e redefinir procedimentos avaliativos, de modo que os programas passem a ser geridos de forma estratégica, adotando um modelo de avaliação multidimensional, a fim de ajustar os critérios aos contextos variados de oferta.

Por sua vez, considerando a realidade dinâmica dos programas de pós-graduação e que os critérios de avaliação externa estão em constante atualização, para futuras pesquisas, sugere-se a construção de atividades convergentes voltadas para o TCM, de modo a assegurar diversidade nos produtos gerados em detrimento dos produtos “dissertação” (no sentido clássico do termo) em tendência apontada no MP avaliado. Essa significação da qual está investida o MP, exige, portanto, um curso organizado em função dessas necessidades e características.



Neste cenário, com o intuito de suprir uma lacuna acadêmica, prática e social, esta pesquisa direcionou esforços para impulsionar uma reflexão crítica acerca da prática da autoavaliação de modo a contribuir de forma significativa para o desenvolvimento dos programas, considerando sua utilização como forma de monitorar e avaliar o curso das atividades, bem como servir de diagnóstico para subsidiar o planejamento.



Referências

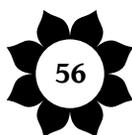
BARATA, Rita Barradas. Mudanças necessárias na avaliação da pós-graduação brasileira. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. 1-6, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v23/1807-5762-icse-23-e180635.pdf>. Acesso em: 21 de fev. 2020.

BARBOSA, N. B. et al. Formação e capacitação em gestão do trabalho e da educação na saúde: a experiência do estado de Goiás. In: DE CASTRO, J. L. D.; DIAS, M. A.; DE OLIVEIRA, R. F. S. **A integração entre o ensino e o serviço de saúde: relato de atores, olhar de investigadores**. Natal: Una, 2017. p. 150-171.

BRASIL. Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação. **Currículo do sistema currículo Lattes**. Brasília. 2019. Disponível em: <http://lattes.cnpq.br>. Acesso em: 21 de fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). Diretoria de Avaliação (DAV); **Documento de Área. Área 22. Saúde Coletiva**. 2019. Disponível em: https://www.capes.gov.br/images/Documento_de_%C3%A1rea_2019/SAUDE_COLETIVA.pdf. Acesso em: 21 de fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. **Portaria Normativa/MEC n. 17, de 28 de dezembro de 2009**. Dispõe sobre o mestrado profissional no âmbito da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-CAPES. Disponível em: <http://www.propg.ufsc.br/files/2010/07/Portaria-Normativa-MEC-17-mestrado-profissional1.pdf>. Acesso em: 21 de fev. 2020.



BRASIL. **Resolução CNS nº 466, 12 de dezembro de 2012.** Aprova diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 jun. 2013, nº 12, seção 1, p. 59.

CAMPOS, F. M. et al. Gênero e formação profissional: considerações acerca do papel feminino na construção da carreira de nutricionista. **Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 11, n. 3, p. 773-788, 2016.

CAPES. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Diretoria de Avaliação. **Saúde Coletiva:** avaliação quadrienal. Brasília, DF: 2017. Disponível em: <http://www.capes.gov.br/images/stories/download/avaliacao/relatorios-finais-quadrienal-2017/20122017-SAUDE-COLETIVA-quadrienal.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2019.

CAVALCANTE, R. B; CALIXTO, P.; PINHEIRO, M. M. K. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Informação e Sociedade: Estudos**, v. 24, n. 1, p. 13-18, 2014.

DE OLIVEIRA CARVALHO, S. B; DUARTE, L. R; GUERRERO, J. M. A. Parceria ensino e serviço em unidade básica de saúde como cenário de ensino-aprendizagem. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 13, n. 1, p. 123-144, 2015.

DE OLIVEIRA, P. R. S. et al. Modos de cuidado desenvolvidos pelos profissionais do nasf em fortaleza (CE): uma análise crítico compreensiva. In: COIMBRA, L.C. et a. **Atenção integral em saúde da família**. Natal: EDUFRN, 2017. p. 316-343.



DE OLIVEIRA, D. M.; DE PAULA BROTTTO, J. C. O Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) no Mestrado Profissional (MP): um estudo de caso do MP em Ciências das Religiões da Faculdade Unida (UNIDA). **Estudos de Religião**, v. 32, n. 1, p. 191-210, 2018.

DURSO, S. D. O. et al. Fatores motivacionais para o mestrado acadêmico: uma comparação entre alunos de ciências contábeis e ciências econômicas à luz da teoria da autodeterminação. **Revista Contabilidade e Finanças**, v. 27, n. 71, p. 243-258, 2016.

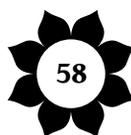
FALASTER, C.; FERREIRA, M. P.; GOUVEA, D. M. R. D. O efeito da publicação científica do orientador na publicação dos seus orientados. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 21, n. 4, p. 458-480, 2017.

FURTADO, J. P. Avaliação de programas e serviços. In: CAMPOS, et al. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012. p. 715-740.

LEITE, I. C. D. M. et al. Ser aluno de um mestrado profissional: análise sobre suas fragilidades e potencialidades. **Rev. Enferm. UFPE on line**, v. 11, n. 12, p. 5102-5109, 2017.

MORAIS, A. P. P. et al. **Rede nordeste de formação em saúde da família**: curso de mestrado profissional em saúde da família. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

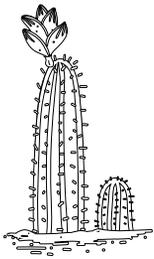
SANTOS, D. D. S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na estratégia de saúde da família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, p. 861-870, 2018.



SANTOS, G. B. D. et al. Similaridades e diferenças entre o mestrado acadêmico e o mestrado profissional enquanto política pública de formação no campo da saúde pública. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 24, p. 941-952, 2019.

VASCONCELOS, E. F.; VASCONCELOS, M. I. O.; DIAS, M. S. D. A.; GUIMARÃES, J. M. X. Autoavaliação em saúde: a nova proposta de avaliação para atenção básica. In: COIMBRA, L.C. et al. **Atenção integral em saúde da família**. Natal: EDUFRN, 2017. p. 526-545.

VILAR, R.L.A.D. et al. A importância do professor tutor na mediação pedagógica em ambientes virtuais de aprendizagem. In: CASTRO, J. L. D.; DIAS, M. A.; DE OLIVEIRA, R. F. S. **A integração entre o ensino e o serviço de saúde: relato de atores, olhar de investigadores**. Natal: Uma, 2017. p. 19-36.



MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA:

O CURSO SOB A PERSPECTIVA DOS MESTRANDOS

Nayara Santos Martins Neiva de Melo

Ricardo Henrique Vieira de Melo

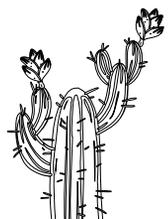
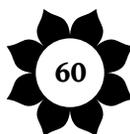
José Adailton da Silva

Antônio Medeiros Júnior

INTRODUÇÃO

A formação foi, ao longo do século XX, pautada em um modelo de conhecimento essencialmente disciplinar, impondo de certa forma uma produção científica descontextualizada, na qual a distinção entre outras formas de conhecimento e o conhecimento científico era total. Ao longo da última década, ocorreram mudanças que apontaram o surgimento de outro modelo de conhecimento, um conhecimento que tem como princípio norteador a aplicação que lhe pode ser dada, um conhecimento contextual (SANTOS, 1995; 2010).

Nesse novo cenário, os profissionais de saúde precisam desenvolver habilidades enquanto sujeitos comprometidos com a busca de equidade do cuidado, acesso e cidadania para fazer frente aos desafios impostos pelo mundo do trabalho. Surge, então, a aprendizagem por competências, que visa



o desenvolvimento de atributos cognitivos, psicomotores e afetivos capazes de proporcionar diferentes modos de realizar, com qualidade, um trabalho, sincronizado à prática, sendo explorado com consistência e funcionalidade para o enfrentamento de situações complexas e reais, frutos de uma construção social (CHIESA et al., 2007).

É nesse contexto onde se insere o Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF) da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), que adota em seu currículo o aprendizado por competências, além de fazer parte dessa recente modalidade de pós-graduação do sistema de ensino brasileiro.

Corroborando essa realidade, Santos (2010) trata do conceito de ecologia dos saberes, que é a promoção do diálogo entre o saber científico e o saber leigo circulante na sociedade, deixando de lado a marginalização do saber não científico, promovida historicamente pela universidade e que gerou injustiça cognitiva e social. Assim, emerge a convivência ativa de saberes, a reorientação solidária da relação entre sociedade e universidade.

Nesse cenário, pretende-se desenvolver um estudo que coloque em foco a identidade do mestrado profissional que, segundo Santos, Hortale e Arouca (2012), foi instituído no Brasil em 1995 e ainda carece de maiores esclarecimentos acerca de suas características. Pretende-se construir novos entendimentos sobre as peculiaridades dos mestrados profissionais, partindo da ótica dos discentes do MPSF da RENASF.

Dessa forma, o presente estudo justifica-se pelo fato de existirem ainda muitas dúvidas acerca dos mestrados profissionais, inclusive por parte da comunidade acadêmica, e de sua importância enquanto estratégia de pós-graduação que

possibilita a utilização crítica do conhecimento científico no mundo do trabalho.

Portanto, acredita-se ser pertinente o desenvolvimento de pesquisas acerca desse universo, com o intuito de esclarecer melhor algumas questões, em especial as referentes ao perfil dos discentes: suas percepções em relação ao curso e ao potencial deste enquanto instrumento que permita articular educação, atenção, gestão, investigação e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS).

Assim, os objetivos do estudo foram: apreender os significados atribuídos pelos mestrandos à formação no MPSF da RENASF; conhecer a percepção dos mestrandos acerca do curso; analisar as contribuições do curso para as práticas profissionais na Estratégia Saúde da Família (ESF).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso, exploratório, desenvolvido a partir de uma análise documental complementado, posteriormente, por entrevista, observação não participante e anotações em diário de campo.

Na etapa de análise documental foram utilizados dados coletados a partir dos registros institucionais contidos nas fichas de inscrição para a Chamada de Seleção Pública nº 1/2011 – RENASF/MPSF. Foram analisadas as fichas dos 100 selecionados, na época, discentes da RENASF, no intuito de fazer uma caracterização inicial dos participantes da pesquisa, sem a pretensão de realizar um estudo sociodemográfico. Foi usado, como critério de inclusão, ser discente do MPSF da RENASF e

estar com a matrícula ativa junto à instituição. E, como critério de exclusão, a recusa em participar do estudo.

No momento seguinte, foram selecionados, de forma intencional, quinze participantes (discentes) - sendo três das nucleadoras: UFRN; UFC; UVA; e UFMA - e mais três, sendo dois da nucleadora UECE e um da nucleadora FIOCRUZ. Todos foram submetidos a uma entrevista estruturada. Para fins de uniformização da amostra, as nucleadoras FIOCRUZ e UECE foram consideradas uma unidade de análise, uma vez que a FIOCRUZ, por ter um número reduzido de discentes (apenas 3), teve seus alunos inseridos no curso, juntamente aos mestrandos da UECE.

O roteiro de entrevista foi submetido a um pré-teste antes da efetiva aplicação, realizado com três discentes escolhidos aleatoriamente, o que permitiu avaliar o instrumento de coleta de dados, possibilitando as alterações necessárias concernentes ao bom entendimento e a outros aspectos relacionados à adequação aos objetivos da pesquisa.

A condução das entrevistas coube à pesquisadora e elas foram realizadas com os participantes selecionados, por ordem de manifestação de interesse, com base em uma listagem enviada pelas nucleadoras, contento os contatos por e-mail dos discentes. As entrevistas ocorreram nas cidades de: Fortaleza (CE); Sobral (CE); São Luís (MA); e Natal (RN).

Após a caracterização dos sujeitos, cada entrevista foi transcrita e o conjunto dessas transcrições deu origem a dois corpus de análise, que foram submetidos ao software Alceste® (Analyse Lexicale par Contexte d' un Ensemble de Segments de Texte - Análise Lexical Contextual de um Conjunto de Segmentos de Texto) versão 4.9, que originou quinze Unidades de Contexto Inicial (UCI), em cada corpus.

As UCI foram separadas por linhas de comando e o Alceste© identificou as diferentes classes semânticas originadas a partir de cada corpus. Posteriormente, a pesquisadora nominou as classes e desvendou o sentido do material. Finalmente, os resultados foram discutidos junto à literatura pertinente, buscando maior entendimento da realidade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, para construção dos resultados, a etapa documental destinou-se a traçar um perfil do alunado, apresentado na tabela 1, abaixo:

Tabela 1. Distribuição dos discentes da RENASF quanto ao sexo, profissão, tempo transcorrido desde a conclusão da graduação e linha de pesquisa escolhida na ocasião do processo seletivo para o mestrado. Natal-RN (2014).

Variável	Categoria	Valor absoluto	Valor relativo (%)
Sexo (n =100)	Masculino	31	31%
	Feminino	69	69%
Profissão (n =100)	Enfermeiro(a)	61	61%
	Odontólogo(a)	17	17%
	Médico(a)	15	15%
	Assistente Social	2	2%
	Psicólogo(a)	2	2%
	Farmacêutico(a)	2	2%
	Nutricionista	1	1%

Tempo transcorrido desde a conclusão da graduação (n =96)	Menos de 10 anos	42	43,75%
	De 10 a 20 anos	43	44,8%
	Mais de 20 anos	11	11,45%
Linha de pesquisa escolhida na ocasião do processo seletivo para o mestrado (n =100)	Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde	44	44%
	Promoção da Saúde	32	32%
	Educação em Saúde	24	24%

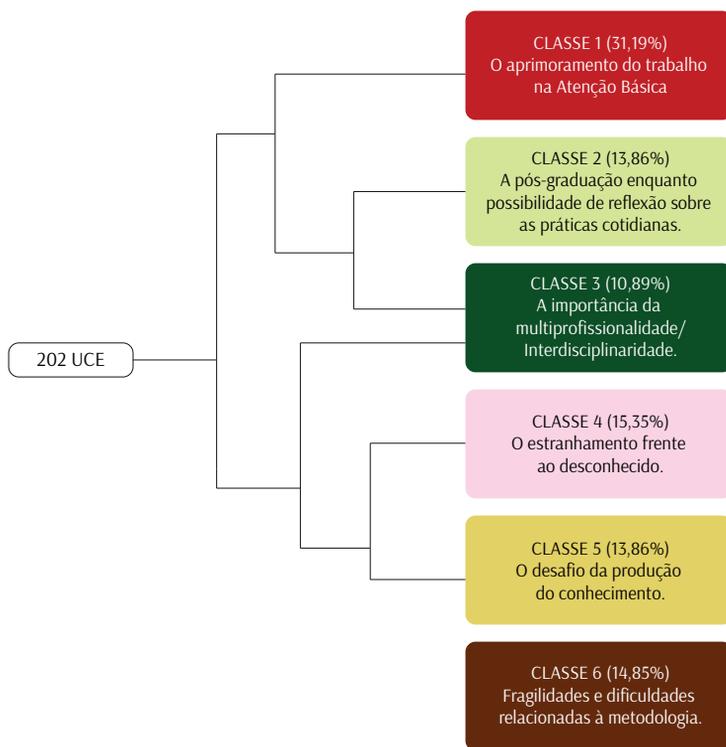
Fonte: Dados da pesquisa, (2014).

Por sua vez, após a fase de entrevistas, houve a constituição de dois *corpus* para análise, sendo que o primeiro, referiu-se ao objetivo “conhecer a percepção dos mestrandos acerca do curso” e o segundo, contemplou o objetivo “analisar as principais contribuições do curso de MPSE/RENASF para as práticas profissionais na ESF”.

A percepção dos mestrandos acerca do curso

O corpus 1, constituiu-se de duzentas e duas unidades de contexto elementares (UCE) e o material foi aproveitado em 69%, com 1.928 palavras distintas, cuja frequência média ficou em seis vezes. O processamento do corpus pelo Alceste© resultou na formação de seis classes (quadro 1). A figura 1 mostra o dendograma do corpus 1.

Figura 1 - Dendograma do corpus 1. Natal-RN (2014).



Fonte: Dados da pesquisa, (2014).

Para a classe 1, os participantes consideraram que o curso mudou a vida profissional, melhorou o trabalho e aprimorou a atuação na AB, por meio da aquisição de novos conhecimentos.

O MPSF/RENASF surgiu ancorado numa necessidade de formação no trabalho e para o trabalho. No campo da ESF, não deixa de ser uma iniciativa de Educação Permanente em Saúde e ocorre numa perspectiva dialógica, visando fomentar, na região Nordeste, discussões na área da Saúde da Família.

Quadro 1 – Representação das classes do corpus 1. Natal-RN (2014).

Classe 1 (31,19%) O aprimoramento do trabalho na Atenção Básica.			Classe 2 (13,86%) A pós-graduação enquanto possibilidade de reflexão sobre as práticas cotidianas.		
Palavra	Freq	Khi2	Palavra	Freq	Khi2
conheci+	14	18	reflex+	5	25
Vida	10	14	possibilidade	4	25
profissional+	16	14	consequ+	7	24
ensin+	4	9	colega+	7	21
proposta+	8	9	docente+	5	20
trabalho+	26	9	pós_graduac+	5	20
atenção_básica	8	9	dia_a_dia	4	14
mud+	4	9	prática+	11	13
cienti+	5	8	atenção_ primária_a_ saúde	5	12
Classe 3 (10,89%) A importância da multiprofissionalidade / interdisciplinaridade			Classe 4 (15,35%) O estranhamento frente ao desconhecido		
Palavra	Freq	Khi2	Palavra	Freq	Khi2
Saúde	7	59	pens+	10	33
medic+	6	42	diferente+	5	18
equipe+	7	38	proxim+	5	18
Dentista	3	25	presenci+	3	17
dificuldade+	4	20	turma+	8	16
Riqueza	3	17	necessidade+	6	12
enfermeiro+	3	17	mestrado_ acadêmico	5	10
área+	3	17	Realidade	4	10

núcleo_de _apoio _à_saúde_da_ família	3	17	mestrado_ profissional	6	8
Classe 5 (13,86%) O desafio da produção do conhecimento			Classe 6 (14,85%) Fragilidades e dificuldades relacionadas à metodologia		
Palavra	Freq	Khi2	Palavra	Freq	Khi2
módulo+	14	51	acab+	7	35
projet+	5	25	grupo+	8	31
expositiva+	4	25	professor+	9	29
Teve	9	24	estud+	9	26
adapt+	3	19	teor+	8	21
escrit+	3	19	aluno+	7	19
Difícil	4	9	Outro	5	15
conteúdo+	3	9	atividade+	6	14
principal+	3	9	metodologia_ ativa	3	12

Fonte: Dados da pesquisa, (2014).

O curso preparou e instrumentalizou os profissionais de saúde para que estes fossem capazes de desenvolver, nos serviços, um processo de trabalho também pautado nos preceitos da educação permanente em saúde e na construção de espaços coletivos de reflexão dos atos produzidos no cotidiano.

A segunda classe mostrou que, para os discentes, a formação no MPSF/RENASF significou uma possibilidade de fazer do espaço da pós-graduação também um espaço de reflexões sobre as práticas, sobre o processo de trabalho no cotidiano da APS, ou seja, o curso aproximou da academia as

discussões muito vinculadas à intimidade das experiências do trabalho na APS e na ESF (OLIVEIRA, 2004).

Nesse contexto, utilizar metodologias ativas significa apostar numa educação que desenvolva processos crítico-reflexivos de ensino-aprendizagem, capazes de acionar processos criativos na resolução dos problemas do cotidiano. É uma aposta numa formação que estreite laços com a vida real (COTTA; COSTA; MENDONÇA, 2013).

O MPSF/RENASF, por meio da orientação pedagógica, viabilizou uma eficiente integração entre ensino e serviço, entre as práticas profissionais desenvolvidas no seio da ESF e as discussões levantadas durante os momentos teórico-conceituais do curso. A utilização de metodologias ativas, enquanto perspectiva pedagógica adotada no curso, mostrou-se coerente com a construção de saberes e a produção de conhecimentos muito vinculados à realidade social do ambiente de trabalho dos discentes, promovendo movimentos coletivos de ação-reflexão-ação sobre as práticas profissionais na ESF.

Na classe 3, os mestrandos fizeram ponderações positivas em relação ao curso, consideraram ricas as experiências compartilhadas, uma vez que as turmas foram compostas por sujeitos de várias categorias profissionais da área da saúde, embora ainda ocorra mais a presença de médicos, enfermeiros e dentistas. E consideraram valoroso o fato de as turmas serem formadas por profissionais inseridos na gestão, na docência e na própria assistência.

Os participantes desejaram que, nas futuras turmas: fosse estimulada a entrada de um contingente maior de profissionais que não fossem apenas da equipe mínima; e consideraram importante o estímulo ao ingresso de um quantitativo maior de profissionais dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e

Atenção Básica (NASF/AB) e até mesmo de profissionais graduados em outras áreas, mas com atuação na ESF, em funções de nível médio, principalmente os Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A prática interdisciplinar tem potencialidade para organizar o processo de trabalho em saúde sob o olhar da integralidade, compartilhando responsabilidades e permitindo melhor resolubilidade das ações de saúde (MADEIRA, 2009).

Para a classe 4, os alunos abordaram algumas dificuldades por eles experimentadas durante a trajetória no mestrado, que pareceram estar relacionadas, principalmente, ao pioneirismo do curso e ao estranhamento causado pelo primeiro contato com uma metodologia ativa, muito diferente da metodologia tradicional a qual estavam habituados. Consideraram necessário implementar melhorias e sugeriram realizar adaptações metodológicas para as próximas turmas.

As metodologias ativas de ensino-aprendizagem surgiram como tendências pedagógicas e são consideradas um meio que possibilita o aprender a aprender. Centrando-se nos princípios da pedagogia interativa, crítica e reflexiva, desenvolvem a participação ativa dos educandos na construção do conhecimento, resolução e avaliação de problemas, colocando-os como protagonistas de seu crescimento durante o processo de aprendizagem (SEBOLD et al., 2010).

A mudança da forma de ensino para uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem, depois de vários anos de metodologias tradicionais, gerou, nos discentes, certa insegurança. Mesmo sabendo que as metodologias ativas têm como finalidade a construção de um currículo integrado e de uma prática efetivada pelos sujeitos que o constroem, há um estranhamento frente à inovação por elas proposta (MELO; SANT'ANA, 2012).

A queixa de que o método de Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) se tornara repetitivo pode sugerir uma falta de adaptação discente à metodologia ou apenas uma necessidade de dar um caráter mais dinâmico ao curso. Diante dela, talvez fosse interessante, nas próximas turmas, valorizar mais outras estratégias educacionais também previstas na própria proposta pedagógica do curso, a exemplo de: narrativa; estudo de caso; exposição dialogada; e miniexposição - que foram utilizadas, mas de forma tímida.

Na classe 5, os discentes trataram, entre outras questões, da organização e dos conteúdos programáticos dos módulos do curso, assumindo também o sentido de encontro presencial. Os mestrandos perceberam-se enquanto sujeitos com pouca experiência no que se refere à realização de pesquisas e à elaboração de projetos e consideraram importante que existam, ao longo do curso, mais momentos tratando das temáticas relacionadas à produção do conhecimento.

A dificuldade encontrada pelos pós-graduandos em inserir-se no contexto das pesquisas, reflete as falhas do sistema educacional, no qual não se aprende a criar, apenas a reproduzir. Sobre as limitações relacionadas à elaboração dos projetos, ao desenvolvimento das pesquisas e aos conteúdos pertinentes ao módulo de produção do conhecimento, em geral, essas pareceram estar intimamente relacionadas à herança de uma formação extremamente conteudista e disciplinar, vinculada a uma lógica que valoriza mais a certificação que uma formação humana ampla (BITTAR; FERREIRA JÚNIOR, 2012).

Para a classe 6, os alunos demonstraram perceber a metodologia ativa da ABP enquanto estratégia que lhes permitiu o protagonismo frente à construção do conhecimento, ou seja, imputou-lhes a tarefa de serem sujeitos ativos da aprendizagem,

entretanto fizeram ressalva à importância da atuação dos docentes enquanto sujeitos apropriados da metodologia, exercendo de forma comprometida a facilitação nos grupos de trabalho, pois consideraram que, em algumas ocasiões, ocorreram falhas nesse sentido, apesar de os docentes da RENASF terem recebido treinamento específico para trabalhar com a ABP.

Melo e Sant'ana (2012) observaram que 48% dos discentes destacaram como fragilidade da metodologia ativa a carência de suporte dos docentes. Os alunos consideraram essa carência responsável pela insegurança, principalmente quando o docente não sinalizava os equívocos, propiciando mais dúvidas e incertezas aos que ainda não se sentiam seguros em relação à capacidade de autoaprendizagem sem a facilitação do professor. Além disso, 46% dos educandos apontou como fragilidade do método a necessidade de ter maturidade para lidar com o processo de ensino.

A imaturidade foi tida como empecilho à adaptação, pois a metodologia ativa concentra no aluno toda a responsabilidade do processo de ensino. O estudo sugere que uma abrupta mudança no método de ensino, após toda uma vida de metodologias tradicionais, associada à escassez de apoio dos tutores é um obstáculo para a aprendizagem (MELO; SANT'ANA, 2012).

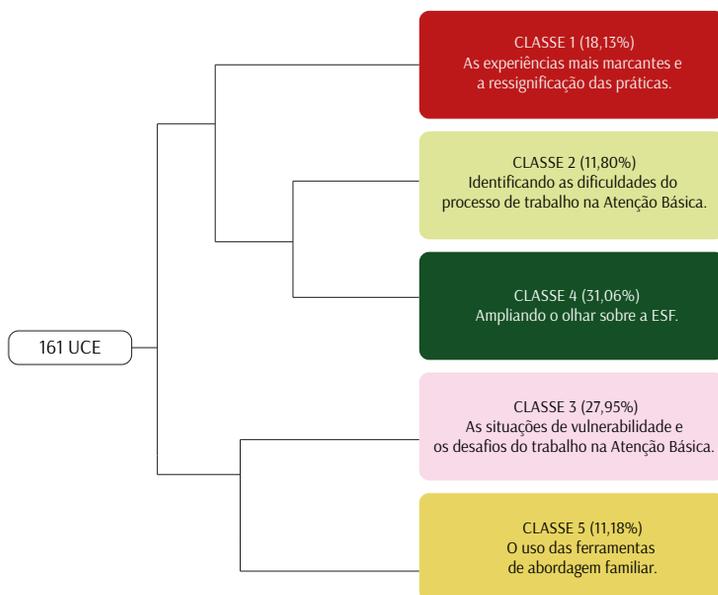
A incorporação de novas práticas pedagógicas e de novos saberes é uma tarefa difícil. A metodologia ativa significa, antes de tudo, a propositura de atividades que despertem no educando o interesse de buscar e de transpor o pré-estabelecido pelos conteúdos curriculares, tornando-se protagonista da sua formação. Assim, como os docentes, os educandos também precisam de preparação e incentivo para melhor aceitação das inovações propostas (ARAÚJO, 2013).

As principais contribuições do MPSF da RENASF para as práticas profissionais na ESF

O corpus 2, constituiu-se de cento e sessenta e uma UCE. O material foi aproveitado em 67%, com 1.759 palavras distintas, cuja frequência média ficou em seis vezes. A figura 2 mostra o dendograma do corpus 2.

A primeira classe trouxe à tona o olhar particular e subjetivo de cada discente sobre o que foi mais significativo, enquanto profissionais em atuação, durante os momentos de prática, realizados como atividade do mestrado e no trabalho junto às famílias, no contexto da ESF.

Figura 2: Dendograma do corpus 2. Natal-RN (2014).



Fonte: Dados da pesquisa, (2014).

As políticas e modelos de atenção em saúde exercem influência no processo de ressignificação da vida, por traduzir o contexto social e histórico em que as subjetividades se produzem. A relação entre profissionais e usuários se constitui numa mediação oportuna desse processo de subjetivação, permeado por afetos, conflitos, falas e gestos; e os profissionais de saúde devem estar aptos a atuar como mediadores privilegiados dessa ressignificação da vida das pessoas frente ao adoecer, uma vez que as doenças interferem diretamente nos projetos existenciais dos indivíduos (SELLI et al., 2008).

Quadro 2: Representação das classes do *corpus* 2. Natal-RN (2014).

CLASSE 1 (18,13%) As experiências mais marcantes e a ressignificação das práticas.			CLASSE 2 (11,80%) Identificando as dificuldades do processo de trabalho na Atenção Básica.		
Palavra	Freq.	Khi2	Palavra	Freq.	Khi2
marc+	7	33	dentista+	4	31
sent+	5	18	dia_a_dia	5	21
atendi+	5	11	atenção_ primária_à_ saúde	4	18
momento+	4	10	ajud+	3	16
quer+	4	10	saúde	4	14
equipe+	8	14	medic+	6	14
Casa	4	6	vida+	3	12
pergunt+	2	5	processo+	3	12
Atenção	4	5	política+	2	9

CLASSE 4 (31,06%) Ampliando o olhar sobre a ESF.			CLASSE 3 (27,95%) As situações de vulnerabilidade e os desafios do trabalho na Atenção Básica.		
Palavra	Freq.	Khi2	Palavra	Freq.	Khi2
ach+	25	28	fez	18	17
mestr+	18	19	consulta+	6	16
estratégia_ saúde_da_família	18	17	pedra	5	13
ampli+	6	14	pres+	5	13
atividade+	12	14	usuar+	6	12
Visão	8	12	droga+	4	11
gest+	9	10	paciente+	11	10
Comunidade	9	10	adolescente+	5	9
conheci+	9	8	território	5	9

**CLASSE 5 (11,18%)
O uso das ferramentas de abordagem familiar.**

Palavra	Freq.	Khi2
genograma+	8	58
Ecomapa	6	50
projeto+	8	45
família+	12	23
identific+	3	17
vincul+	3	17
experiência+	5	14
membro+	2	9
situac+	4	9

Fonte: Dados da pesquisa, (2014).

Nesse sentido, o MPSF, por meio das práticas formativas executadas nos territórios, cumpre o papel de valorizar e estimular, nos discentes, uma postura combativa frente a rotinas desumanizadas, muitas vezes estabelecidas na ESF, contribuindo assim para a formação de um profissional mais comprometido com a humanização do serviço e mais sensível às demandas dos usuários.

Para a formação da classe 2 foi problematizada a questão da inserção do dentista na ESF e a dificuldade de se conseguir promover um diálogo, uma maior interação entre os profissionais da AB para que fosse possível prestar, de fato, um cuidado multiprofissional, interdisciplinar e integral, necessário no âmbito do trabalho na ESF. Outra questão problematizada nessa classe foi a fragilidade dos vínculos dos profissionais da AB, causando sujeição à instabilidade política, ocasionando rotatividade dos profissionais e descontinuidade da assistência.

A precariedade dos vínculos de trabalho tem sido considerada como uma relevante dificuldade para o desenvolvimento do trabalho na ESF. A notável instabilidade nos vínculos com o sistema municipal ocasiona uma postura profissional que compromete o planejamento de longo prazo e a gestão nas redes de atenção à saúde (GONÇALVES *et al.*, 2014).

O MPSF/RENASF foi considerado uma iniciativa de valorização profissional, na medida em que fomentou discussões e permitiu reflexões acerca da importância do trabalho na AB, estimulando a adoção de uma postura crítica e questionadora e favorecendo o empoderamento dos profissionais para o enfrentamento dos desafios impostos pelas precárias condições de trabalho.

Para a formação da classe 3, os mestrandos abordaram problemas relacionados às vulnerabilidades sociais com as quais, muitas vezes, se deparam durante o trabalho cotidiano,

em lidar, por exemplo, com questões relacionadas à dependência química e também à violência.

A articulação intersetorial representa um dilema permanente para a promoção da saúde. Ela pode conter estratégias potentes para responder aos problemas complexos que impactam o bem-estar individual e coletivo, entretanto, não pode permanecer restrita ao campo das intencionalidades, limitando-se a acordos frágeis que dizem respeito apenas a encaminhamentos e compartilhamento de recursos materiais e humanos. É necessário um avanço nas práticas intersetoriais, apoiado na concretude de programas bem estruturados com objetivos, planejamento e gestão compartilhados (SILVA et al., 2014).

Para a formação da classe 4, os alunos afirmaram que o mestrado ampliou o olhar sobre a ESF, por meio da aquisição de novos conhecimentos e de novas técnicas de trabalho, fortalecendo o diálogo entre a academia e o serviço, proporcionou uma interação entre os profissionais da assistência e da gestão inseridos nos mais diversos cenários de prática.

A aprendizagem baseada em competências, busca construir a autonomia intelectual do aluno, favorecendo a tomada de decisões e não apenas a resolução mecânica de problemas. No curso, foi adotada uma concepção de currículo entendido como construção social, desconstruindo concepções de saúde, doença e cuidado arraigadas apenas ao modelo biomédico (MORAIS et al., 2012).

Para a formação da classe 5, observou-se que a utilização das ferramentas de abordagem familiar (Genograma, Ecomapa, F.I.R.O., A.P.G.A.R., P.R.A.C.T.I.C.E., M.A.C.A.F., entre outras), no campo das práticas formativas do Mestrado, cumpriu com o intuito de incentivar a vinculação dos mestrandos, enquanto profissionais da ESF, com as famílias e de proporcionar

integralidade do cuidado em saúde, fomentando mudanças paradigmáticas em relação ao modelo de saúde hegemônico.

De acordo com Silva, Silva e Bouso (2011), atuar em saúde, tendo como objeto do cuidado a família, é uma forma de reversão do modelo hegemônico voltado à doença, que fragmenta o indivíduo e o separa do contexto e de seus valores socioculturais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo constituiu-se em uma iniciativa no que se refere a compreender os significados atribuídos pelos discentes à formação no MPSF/RENASF, assim como a percepção destes acerca do curso. Possibilitou também uma discussão em torno das principais contribuições do curso para as práticas profissionais na ESF. Houve efetiva aquisição de novos conhecimentos científicos pelo alunado, proporcionando um aprimoramento do trabalho por eles realizado na ESF e uma consequente melhoria na qualidade da atenção à saúde ofertada à população.

Ocorreu um processo de ressignificação de práticas, propiciado pelos conhecimentos oportunizados e pelas situações experienciadas no curso, o que permitiu que muitas atividades antes realizadas pautadas no empirismo, de forma intuitiva, dessem lugar a procedimentos respaldados por um conhecimento científico sempre contextualizado e direcionado à aplicabilidade prática nos serviços de saúde.

A formação, nesse Mestrado significou, também, uma possibilidade de fazer da pós-graduação um espaço de reflexões sobre as práticas, sobre o processo de trabalho no cotidiano da APS, pois aproximou da academia discussões muito vinculadas à

intimidade do trabalho na ESF. As principais dificuldades experimentadas pelos discentes estiveram relacionadas à elaboração dos projetos, à realização das pesquisas e ao estranhamento causado pelo primeiro contato com uma metodologia ativa.

O curso reuniu diversos aspectos positivos, dentre eles convém ressaltar a importância de discutir o impacto da formação profissional sobre os processos de trabalho em saúde e também de articular estratégias de formação e de Educação Permanente, no âmbito do SUS e da ESF.

Referências

ARAUJO, S. H. R. **Análise de produção científica brasileira sobre as metodologias ativas de aprendizagem na área de saúde**. 2013. 43 f. Dissertação (Mestrado em Ensino na Saúde) – Universidade Federal de Alagoas. Maceió, 2013.

BITTAR, M.; FERREIRA JÚNIOR, A. História e filosofia da ciência. In: SOUZA, M. E. M.; MORAIS, A. S. (Orgs.). **Origem e evolução do conhecimento** – OEC. Santarém: UFOPA, 2012. p. 14-30.

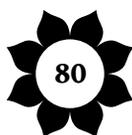
CHIESA, A. M. et al. A formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 236-40, 2007.

COTTA, F. M.; COSTA, G. D.; MENDONÇA, E. T. Portfólio Reflexivo: uma proposta de ensino aprendizagem orientada por competências. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1847-1856, 2013.

GONÇALVES, C. R. et al. Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. **Saúde Debate**, v. 38, n. 100, p. 26-34, 2014.

MADEIRA, K. H. **Práticas do trabalho interdisciplinar na saúde da família**: um estudo de caso. 2009. 147f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) – Universidade do Vale do Itajaí. Itajaí, 2009.

MELO, B. C.; SANT'ANA, G. A prática da metodologia ativa: compreensão dos discentes enquanto autores do processo ensino-aprendizagem. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 23, n. 4, p. 327-339, 2012.



MORAIS, A. P. P. et al. **Rede nordeste de formação em saúde da família**: curso de mestrado profissional em saúde da família. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

OLIVEIRA, M. A. C. **Da intenção ao gesto**: a dialética da formação de enfermagem em saúde coletiva. 2004. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Universidade de São Paulo, São Paulo. 2004.

SANTOS, B. S. **A universidade do século XXI**: para uma reforma democrática e emancipatória da Universidade. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

SANTOS, B. S. **Um Discurso sobre as Ciências**. 7. ed. Porto: Afrontamento, 1995.

SANTOS, G. B.; HORTALE, V. A.; AROUCA, R. **Mestrado profissional em saúde pública**: caminhos e identidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. 104 p.

SEBOLD, L. F. et al. Metodologias ativas: uma inovação na disciplina de fundamentos para o cuidado profissional de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 753-756, 2010.

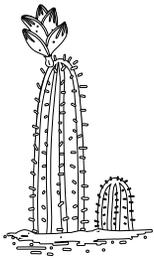
SELLI, L. et al. O cuidado na resignificação da vida diante da doença. **O mundo da saúde**, v. 32, n. 1, p. 85-90, 2008.

SILVA, K. L. et al. Promoção da saúde: desafios revelados em práticas exitosas. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 1, p. 76-85, 2014.



SILVA, M. C. L. S. R.; SILVA, L.; BOUSSO, R. S. A abordagem à família na estratégia saúde da família: uma revisão integrativa da literatura. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 5, p. 1250-1255, 2011.





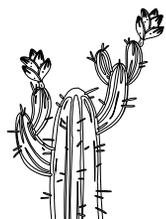
DEMANDAS DE CUIDADO E CONCEPÇÕES SOBRE SAÚDE MENTAL E LOUCURA ENTRE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO SERTÃO DA PARAÍBA

*Ana Carolina de Souza Pieretti
Ana Karenina Arraes Amorim
Geórgia Sibeles Nogueira da Silva*

INTRODUÇÃO

A atenção básica ou atenção primária é o nível de atenção onde o cuidado à saúde acontece no próprio território, onde a vida habita. Nesse sentido, é natural que as demandas de adoecimento e sofrimento mental apareçam entre os principais problemas de saúde no território, sobretudo em áreas com maior vulnerabilidade social e sanitária, como é o caso do sertão nordestino. Qual o olhar dos profissionais da atenção básica para isso?

Essa foi uma das perguntas norteadoras da pesquisa de mestrado intitulada *Superando a aridez do semiárido: encontros entre saúde mental e saúde da família na formação de médicos no alto sertão paraibano*. A pesquisa foi realizada em 2013 no Mestrado Profissional em Saúde da Família vinculado à Universidade



Federal do Rio Grande do Norte. Aqui trazemos um recorte sobre as concepções de saúde mental, loucura e demandas de cuidado, tal como percebidas pelos profissionais de unidades básicas de saúde onde se desenvolvia a Residência de Medicina de Família e Comunidade (RMFC) da cidade de Cajazeiras, localizada no sertão da Paraíba.

A atenção primária possui como atributos a atenção ao primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado (STARFIELD, 2002). Isso é a grande potência da APS, inclusive no cuidado em saúde mental no território. O território como espaço privilegiado para o trabalho em saúde mental pode ser definido como “[...] uma força viva de relações concretas e imaginárias que as pessoas estabelecem entre si, com os objetos, com a cultura, com as relações que se dinamizam e se transformam.” (GIOVANELLA; AMARANTE, 2008, p.145). No trabalho em saúde mental no território, é de se imaginar que haja inquietações e tensões entre os profissionais quando convocados a lidar com essa demanda. Compreender que concepções e sentidos surgem nesse encontro entre profissional e usuário é fundamental para qualificar.

Fortalecer o cuidado em território, torna-se estratégico quando se tem em mente o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB). Esta pode ser entendida como constituída das seguintes dimensões: teórico-conceitual ou epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural (AMARANTE, 2008).

Na dimensão teórico-conceitual um conceito importante é o de desinstitucionalização, que não se restringe à reestruturação técnica, de serviços, de terapias, mas pode ser entendida como um processo complexo que redefine o problema saúde-doença mental, reconstrói saberes e práticas e estabelece novas

relações com o louco e a loucura (AMARANTE, 2009). Analisar que relações foram construídas no campo da pesquisa a partir das concepções e práticas trazidas no discurso dos profissionais e como estas se relacionam com o momento atual vivido pela RPB é o principal objetivo deste artigo, por meio do recorte feito na referida pesquisa de mestrado.

MÉTODO

Com o objetivo de investigar as práticas de cuidado em saúde mental no contexto da atenção básica no município de Cajazeiras, foram realizados grupos focais com profissionais de duas equipes de saúde da Estratégia de Saúde da Família (com 12 e 11 profissionais respectivamente), Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica – NASF/AB (6 profissionais) e quatro médicos residentes RMFC da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Foram realizados três grupos focais sendo o primeiro composto por médicos residentes formados em Cuba ou no Brasil (todos brasileiros), o segundo e terceiro por profissionais de duas equipes de saúde (incluindo médico residente, enfermeiras, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde) e do NASF/AB (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional).

O grupo focal foi escolhido como ferramenta de investigação por permitir a captação de significados a partir da emergência de múltiplos pontos de vistas e afetos na interação do grupo, o que porventura não é possível com outros instrumentos (GATTI, 2005). Foi utilizado roteiro norteador e usado como elemento provocador do debate um caso clínico

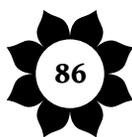
adaptado do Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental (CHIAVERINI et al, 2011). Os grupos foram gravados e as falas transcritas para facilitar a análise e divisão em eixos temáticos.

A análise do material coletado foi feita a partir do referencial da análise do discurso. Considerando a construção histórica do paradigma manicomial e a perspectiva de mudança trazida pelo movimento da reforma psiquiátrica, buscou-se identificar nas falas quais sentidos são produzidos no cotidiano das práticas de cuidado em saúde mental no contexto de pesquisa, conforme a metodologia proposta por Spink e Medrado (2000). Assim, foram abordados os sentidos explicitados nas falas que foram categorizados nos eixos concepção de saúde mental e demanda de saúde mental, articulando às práticas de cuidado enunciadas como praticadas pelas equipes e profissionais.

A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa, no Parecer Consubstanciado de nº 578.960 e os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta pesquisa, foram percebidas diversas concepções sobre as demandas de saúde mental que chegam às unidades e, por meio delas, as concepções de saúde e doença mental. Para fins de análise e discussão, foram propostas três categorias analíticas de sentidos: 1) demandas de sofrimento psíquico difuso; 2) demandas de saúde mental que envolvem os transtornos mentais graves e crônicos e 3) demandas relacionadas ao uso de álcool e outras drogas. Essas três ordens de demandas são percebidas pelos profissionais de maneira diversa e geram



desdobramentos práticos também diferentes, resultando em modos de cuidado heterogêneos. Neste texto, o foco será nas duas primeiras categorias.

Dentro de sofrimento psíquico difuso foram incluídas aquelas demandas nomeadas pelos profissionais como: “depressão”, “ansiedade”, “insônia”, “problema nos nervos”, sofrimento gerado pelas condições de vida e pelo trabalho. Essa demanda por vezes é duplamente negligenciada. No cuidado em saúde pode ser tida como inconveniente, chamados de pacientes-problema, poliqueixosos, indesejados no atendimento em saúde em geral, tendo o manejo reduzido à prescrição de medicamento com conseqüente medicalização do sofrimento (PIERETTI, 2014).

Por outro lado, o campo da saúde mental e atenção psicossocial pouco se debruçaram em cima das necessidades desses sujeitos, com conseqüente invisibilização do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Esses usuários, na maioria das vezes, não passaram pelo processo de institucionalização, vivendo outra ordem de estigmas diferente do usuário identificado como “louco”. Toma lugar a mulher “nervosa”, “doente dos nervos”, o que na maioria das vezes são expressões na forma de sintomas de conflitos de ordem social, econômica, cultural, institucional, entre outras. A dificuldade de acolhimento dessa demanda pelos profissionais da atenção básica acaba gerando problemas tanto às equipes de referência, que ficam reféns de listas de espera e vagas escassas com especialista, quanto para os serviços especializados sempre sobrecarregados (CAMPOS FARIA & GUERRINI, 2012).

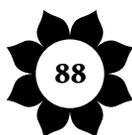
É nessa categoria que fica mais evidente a influência de fatores sociais no adoecimento mental. Dutra e colaboradores (2006) pesquisando representação social da “doença dos nervos” entre usuários relatam como causas para o sofrimento mental doenças físicas, falta de trabalho, dificuldades de acesso

ao sistema de saúde e transporte público, perdas, solidão, problemas familiares. Isso exige do profissional da atenção primária um olhar orientado pela integralidade do cuidado a fim de não reduzir essa demanda a algo restrito aos profissionais do campo “psi”, sob pena de não exercer o cuidado adequado.

Tratar isoladamente o sintoma “insônia” não será efetivo se ele é oriundo, por exemplo, do fato de o marido forçar a esposa a ter relações sexuais. Ignorar, nesse caso, questões como a violência de gênero é não se envolver verdadeiramente com o cuidado dessa pessoa.

Essa convocação a um olhar integral e ampliação da clínica é, por vezes, fonte de angústia para os profissionais, o que ao convergir com dificuldades estruturais históricas da atenção básica limita o cuidado a essa demanda como é visto na fala de uma das profissionais:

Nós não temos condições estruturais pra tá atendendo os pacientes de saúde mental nos postos de saúde, eu penso assim, até porque demanda um tempo, se você quer fazer um bom trabalho, se você quer tratar as pessoas como seres humanos e não como uma doença. Que é assim que são vistos hoje, todo mundo é visto como doença e não como ser humano. Ah, é uma doença então a gente bota um remédio, pra doença. Então tá sendo assim, não tá sendo visto o ser humano, tá sendo visto o doente, que não tem problema, o doente e a doença. O doente não, a doença, porque a doença não tem problema familiar, a doença não tem filho, a doença não tem pai, não tem mãe, não tem que cuidar. Então, não vê essas questões, então trato com medicamento (Médica 1).



Nessa fala, ao mesmo tempo em que a profissional compreende a necessidade de olhar o doente além da doença, não vê nas dadas condições de trabalho como ofertar cuidado adequado. Deixa de ver essa demanda como de saúde tanto quanto as outras trazidas pelos usuários. Ignora que questões familiares, laborais e sociais influenciam o estado de saúde, da mesma forma que as questões biológicas, sendo também objeto de ação do profissional de saúde generalista na perspectiva da clínica ampliada, em busca da construção cotidiana de uma clínica centrada no sujeito que é marcado por uma biografia e uma dinâmica corporal que carrega uma enfermidade, mas que não se reduz a esta (CAMPOS, 2007).

Está dado então o desafio para o campo da saúde da família de eleger um novo objeto de trabalho, diferente do que a psicologia e psiquiatria fizeram tornando o sofrimento mental como um objeto específico e não como algo que faz parte da vida. No território, ao colocar a “doença entre parênteses”, é possível olhar para a “existência-sofrimento” e retornar o doente à cena (BASAGLIA, 2005b; CAMPOS, 2007). O cuidado então passa a ser ocupar-se em transformar os modos de viver e sentir o sofrimento do sujeito e transformar a vida concreta cotidiana (ROTELLI, LEONARDIS & MAURI, 2001).

Em algumas falas a escuta é vista como uma ferramenta para lidar com essa demanda, sendo, porém, conflituoso a quem cabe essa escuta. Comumente, aparece a necessidade de encaminhar a um profissional do campo “psi”. Aqui fica evidente como a fragmentação de saberes e conseqüente multiplicidade de profissionais, ao invés de garantir a integralidade, pode acarretar a multiplicação de especialismos com fragmentação do processo de trabalho em saúde e redução deles à capacidade operacional do clínico (CAMPOS, 2007).



Foi possível, porém, observar algumas tentativas de construção da integralidade no cuidado entre os profissionais. Entre os médicos, por exemplo, foram relatadas práticas que não se restringiam a encaminhamentos para especialistas ou prescrição de medicação: “*Aí aqui eu fico mandando ir pra hidroginástica, chá de camomila, o povo lá ri é de mim, viu?*” (Médica 1). Aparece o uso de fitoterápicos, o estímulo à atividade física, a preocupação com a questão da sexualidade e o encaminhamento para rodas de terapia comunitária.

A visita domiciliar também foi apontada como uma ferramenta para a compreensão do sofrimento do sujeito, propiciando uma ampliação do objeto de saber da clínica, tradicionalmente a enfermidade, para incluir o sujeito e seu contexto como objeto de estudo e práticas (CAMPOS, 2007). O atendimento realizado em casa e no território é de extrema riqueza pois propicia o contato com as pessoas e a comunidade que estas convivem (LANCETTI, 2008).

Outra demanda de saúde mental claramente identificada na pesquisa foi a que poderia ser categorizada como relativa aos considerados “transtornos mentais graves e persistentes”. Nessa categoria, incluem-se os sentidos relativos à loucura, ao louco, ao excesso, ao perigoso, sendo histórica e culturalmente esperado que caiba à psiquiatria e à polícia resolver essa demanda (PIERETTI, 2014).

O conceito de periculosidade surge com o de alienação, ambos justificando o enclausuramento terapêutico, como proposto por Pinel (AMARANTE, 2007). O movimento da RPB vem então questionar esse signo da alienação e o tratamento imposto aos sujeitos que sofrem as rupturas produzidas pelo isolamento social, reproduzindo formas de estigma e preconceito. Basaglia (2005b) traz a necessidade de colocar a doença



“entre parênteses” para superar a objetivação do homem como síndrome realizada pela psiquiatria.

Dessa forma, o campo da saúde mental no Brasil constituiu-se a partir da luta antimanicomial, problematizando a redução da loucura à doença mental e às práticas de exclusão e violência oriundas disso.

Posto isso, é compreensível que não é todo fenômeno que será de interesse desse campo, mas sim essencialmente aqueles que estiveram historicamente encarcerados em asilos. Há, portanto, uma delimitação de objeto no sentido político, constituindo um projeto e bandeiras específicas para a saúde mental.

Apesar do trajeto da RPB de questionamento da internação como dispositivo terapêutico, no campo de pesquisa foi observado que esta continua como resposta às demandas que se relacionam ao lugar social da loucura. Isso é reforçado pela ideia de periculosidade bastante presente no imaginário dos profissionais, justificando a força policial incidir nessas situações.

Para Basaglia (2005a), o saber técnico cumpre o papel de mitificar a violência sem mudar o caráter, o que a psiquiatria faz com o conceito de periculosidade justificando inúmeras práticas de violência dentro dos hospitais psiquiátricos. No modelo asilar, a disciplina e o isolamento suplantam a vontade individual uma vez que o louco é visto como alienado, sem possibilidade de dizer algo sobre si (AMARANTE, 2008). Isto fica perceptível na fala de uma Agente Comunitária de Saúde (ACS) na pesquisa:

Parecia entender tudo, mas arrancaram ela (do supermercado). Ele (policial) disse: - pode ficar tranquilo que eu não machuco. Arrancou ela da mão da vizinha, botou lá dentro do camburão, levou lá pra Dr. P. (hospital

psiquiátrico), chegou lá, ele foi medicar ela. Como? Só se fosse injeção, comprimido ela não tomava. - Eu não tomo que quem vai me curar é Jesus. Aí trancou ela (sic) no quarto e ela ficou lá. Ela (pausa) de cara logo ela quebrou uns dente, era dentadura, já quebrou uns dente, ficou sem poder se alimentar, e ficou lá. Ela passou 28 dias (ACS 3).

Percebe-se aqui que a internação e o uso técnico da violência continuam sendo utilizadas se o sujeito perturba a ordem social. Goffman (2008) vai dizer que a internação inaugura a “carreira moral do doente mental”. Ele faz uma distinção entre a definição psiquiátrica e social da doença mental, se debruçando sobre esta. Para ele a mudança da função social se dá a partir da internação hospitalar psiquiátrica e início da carreira moral. Antes da internação seria a fase pré-paciente e então, a partir de uma transgressão realizada pelo sujeito, coloca-se a internação e início da carreira.

No caso apresentado, a transgressão é o furto e tumulto no supermercado que iniciam na vida daquela mulher uma trajetória marcada pela violência e práticas disciplinares no seu corpo, socialmente legitimadas pela psiquiatria e contando com a convivência da equipe de saúde do território (PIERETTI, 2014).

Basaglia (2005a) aponta o papel dos técnicos na reprodução da violência mesmo em ações aparentemente não violentas na medida em que reduzem resistências e suavizam atritos com uma justificativa técnica para a violência institucional. Para o autor, há ambiguidade na figura do terapeuta que fica entre o cuidar e o violentar até perceber o papel de reprodutor da violência solicitado pela sociedade e se negue a fazê-lo.

Existe outro modo de lidar com essa demanda? Ainda no campo de pesquisa foi possível identificar uma atuação complementar à prática da internação na crise:

Moral da história: todo mês eu pego a receitinha dela aqui, M. de L. P. (nome da paciente), ela toma a medicação bem direitinho, vive só, não dorme mais na casa do filho, ninguém mais dorme com ela, ela faz a comidinha dela, está altamente normal, mas precisou a polícia, porque ela não temia a ninguém, ela só escutlhambava com todo mundo. (ACS 3).

No entendimento da profissional, compartilhado com outros no campo de pesquisa, cabe à atenção básica a garantia (reprodução) das receitas para assegurar a continuidade da medicação a fim de que essas pessoas estejam “normais” ou “altamente normais” (PIERETTI, 2014). O cuidado é, não raro no relato dos profissionais, reduzido à reprodução da prescrição medicamentosa, como também visto em estudos como o de Bezerra et al (2014).

Na pesquisa, cabe à ACS garantir a “renovação da receita” e à polícia disciplinar o comportamento agressivo na crise, ocupando um lugar que poderia ser da rede de saúde, propiciando vínculo e cuidado. Medicina e polícia ainda são responsáveis pelo exercício do poder disciplinar na sociedade atual, poder esse que se apropria dos corpos e tempo dos indivíduos, a sujeita e submete a procedimentos de normalização e um sistema de vigilância, com faces semelhantes àquelas que surgem no século XVIII (FOUCAULT, 2006).

Na tarefa de controle dos desviantes estigmatizados pelo rótulo da loucura, manicômio/hospital psiquiátrico/serviço de saúde e polícia são complementares. Cabe aos técnicos “[...]”



adaptar os indivíduos a aceitar a própria condição de objetos de violência, dando como certo que ser objeto de violência é a única realidade a eles concedida” (BASAGLIA, 2005a, p.95).

No caso em questão, cabe à ACS garantir que a usuária faça uso regular da medicação para que não venha necessitar da violência policial e do manicômio para contê-la, o que nos faz pensar também na condição de submissão/opressão do profissional ACS como mero “operador” e submetido à hierarquia de saber-poder onde se encontra na base.

Semelhante ao que acontece com as demandas de sofrimento psíquico difuso, nos discursos analisados, a principal forma de lidar com a demanda dos transtornos mentais graves e persistentes é a manutenção da medicação. Perde-se a perspectiva da integralidade e o medicamento se coloca como uma alternativa à falta de tempo e disponibilidade do profissional para ouvir o paciente (DUTRA et al, 2006).

Essa descoberta é corroborada por estudos recentes que, entre os achados, apontam na RAPS como um todo (incluindo dispositivos de atenção básica) a alta medicalização de pacientes; falta de informações sobre medicamentos prescritos; nenhuma discussão dos efeitos indesejáveis; pouca comunicação entre profissionais de saúde e usuários sobre o tratamento (SANTOS, 2009); falta de compreensão da equipe interdisciplinar sobre medicamentos em geral (SANTOS, 2009; OTANARI et al., 2011; CALIMAN et al., 2016).

Assim, se por um lado, prevalece a visão biomédica na qual o remédio assume um papel central no cuidado, por outro lado, identifica-se dificuldade de outros dispositivos da RAPS assumirem o papel no acolhimento dessa demanda e matriciamento das equipes. O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) pouco apareceu nas falas, muitas vezes as famílias já buscavam

o hospital psiquiátrico antes mesmo de irem às UBSs, contribuindo para invisibilização dessa demanda. Percebeu-se um distanciamento das equipes de atenção básica desses casos, quando esse ponto da rede de saúde poderia ser fundamental para o desmonte da cultura manicomial na sociedade.

Essa desarticulação e a omissão da atenção básica constitui um entrave importante ao processo de desinstitucionalização. A reforma psiquiátrica não pode ser reduzida a uma reforma assistencial, constitui-se de um processo social complexo (AMARANTE, 2007). A atenção básica poderia contribuir mesmo com ações simples, como por exemplo o atendimento desses usuários nas UBS não restrito às demandas de saúde mental, superando o estigma e a “carreira moral do doente mental” instituídos.

Outra questão que apareceu nos discursos foi a extensão do estigma antes pertencente ao manicômio para o CAPS. Usuários e famílias optam por não serem atendidos no CAPS por ficarem incomodados com o atributo de “usuários de CAPS” como semelhante a “interno de hospital psiquiátrico” e “doido”. Isso é apontado na fala de uma das ACSs sobre como muitos pacientes reagem à intenção de encaminhamento para o CAPS. Ela narra um diálogo com uma usuária sobre isso: “eu falei para ela “Vai pro CAPS!” e ela respondeu que “não ia porque não era doida!”.

Em relação a isso é preciso considerar também que a instituição dos serviços substitutivos da RAPS não garante por si só a superação de práticas excludentes do modelo manicomial. Na coexistência do CAPS com a cidade, esta muitas vezes não é ocupada pelos usuários e técnicos, havendo falta de articulação entre diferentes serviços e apoios sociais, culturais e assistenciais (DIMENSTEIN & LIBERATO, 2009).

Os usuários, na falta de uma verdadeira desinstitucionalização, acabam cronificando nos CAPS ou na RAPS, como em um circuito que se retroalimenta (ROTELLI, LEONARDIS & MAURI, 2001). Ou, talvez, pior, cronificam à margem da rede de saúde como os não infrequentes casos de cárcere domiciliar identificados pelas equipes em seu trabalho no território ou de pessoas em situação de rua que sequer chegam à rede de saúde.

Em uma das áreas onde foi realizada esta pesquisa havia um caso emblemático, uma casa em que moravam uma senhora e os dois filhos de meia idade, ambos psicóticos. Essa mãe acaba por reproduzir um manicômio dentro de casa. Diante da cronicidade do quadro, inúmeras internações em que, segundo relatos da senhora, um dos filhos (portador do quadro de maior gravidade) voltava machucado, sem melhora e cada vez mais agressivo, ela toma uma decisão difícil. Ela reconstrói os quartos como celas e mantém os filhos cativos, pois os vizinhos após tentarem retirar a família do bairro ameaçam matar os rapazes caso eles saíssem de casa. E, na falta de outras perspectivas de cuidado reconhecidas pela mãe, ela remonta dentro de casa a única forma que conhece para lidar com a loucura que é o isolamento, encarcerando os próprios filhos. Até então nem CAPS, nem ESF, nem NASF/AB tinham se aproximado a fim de compartilhar o cuidado com essa senhora. Isso mostra que o modelo manicomial se reproduz para além dos muros, seja no CAPS, seja na ESF, seja dentro de casa (PIERETTI, 2014).

Por isso, a importância de ir se produzindo a desconstrução dos sentidos e práticas que historicamente levam à reprodução do manicômio em sentido amplo, nos territórios e nas redes de atenção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entre a realização da pesquisa e execução deste capítulo, passaram-se sete anos. Isso não invalida o resultado, mas lança outros questionamentos. Foi visto que as equipes de atenção básica tinham dificuldade em garantir um cuidado integral e, por vezes, estavam imbrincadas em práticas medicalizadoras e que ainda estavam à sombra do manicômio. Também se desafiavam a realizar visitas, ampliar escutas e ofertas de cuidado. Os desafios encontrados pela pesquisa foram superados? Que novos desafios surgiram?

O campo da pesquisa mudou sensivelmente. O hospital psiquiátrico privado não atende mais ao SUS. Seria necessário novo estudo para compreender o que esta e outras mudanças na rede local, em consonância com a política nacional de saúde mental, impactaram nas concepções de demandas e práticas de cuidados dos profissionais locais. Por outro lado, em âmbito nacional, o campo da saúde mental tornou-se mais desafiador. Com uma crise política se sobrepondo à crise econômica no País, as políticas públicas sofrem mudanças normativas e redução de recursos.

Na saúde mental os impactos foram sentidos, principalmente no final de 2017, quando são emitidos dois documentos que, na análise de diversas entidades da saúde coletiva e saúde mental, significam retrocessos importantes no processo de reforma psiquiátrica. São esses documentos - a Resolução nº 32 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 14 de dezembro que “estabelece diretrizes para o fortalecimento da RAPS” e a portaria 3588, de 21 de dezembro - que alteram portarias prévias dispendo sobre a composição da RAPS e outras questões (PIERETTI, 2018).

Entre as críticas feitas a esses documentos e processos fomentados por eles, estão: incentivo à hospitalização na

contramão da Reforma Psiquiátrica Brasileira (ABRASME, 2018); perde-se a perspectiva estratégica de fechamento de leitos de caráter asilar, além de aumentar o financiamento destes (BRASIL, 2017b); “ambulatorização” da RAPS com a implantação de equipe multiprofissional de atuação especializada em saúde mental, ao invés de investir de forma mais incisiva nos NASF/AB, Estratégias de Saúde da Família e CAPS (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2018); incentivo explícito às comunidades terapêuticas com emissão de edital que regulamenta o acesso ao recurso de mais de 200 milhões de reais (BRASIL, 2018) enquanto apenas nove Unidades de Acolhimento são previstas nas novas diretrizes (ABRASME, 2018).

Apesar dos retrocessos, existem resistências. Ao pensar a RPB como um processo social complexo, é preciso considerar que da mesma forma que o reordenamento de serviços e portarias não garantem a mudança sociocultural necessária para um novo lugar social da loucura e o cuidado integral em saúde mental, mudanças conjunturais como as vividas no Brasil nos últimos anos não podem colocar a perder o capital político e social do movimento de luta antimanicomial e suas conquistas

É preciso avançar e aprofundar as mudanças no sentido de construir uma sociedade capaz de cuidar de todos e de cada um em liberdade. Como aponta Rotelli (1994), ao falar do processo de reforma italiano, a resistência cotidiana e capilarizada será fundamental para evitar o aprofundamento de retrocessos como esses que, hoje, acontecem no Brasil, provocando graves violações de direitos e o avanço de políticas conservadoras. Tal resistência se faz nos grandes centros e nas pequenas cidades, do litoral ao sertão, pois a vida acontece em todos esses espaços e o cuidado se constrói em cada escuta atenta realizada por um profissional de saúde, esteja onde estiver.

Referências

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P. Reforma psiquiátrica e epistemologia. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 1, n. 1, jan./abr. 2009.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE MENTAL (ABRASME). **A (re) volta dos que não foram (ou a falácia da segunda reforma psiquiátrica)**. 2018. Disponível em: http://www.abrasme.org.br/informativo/view?ID_INFORMATIVO=372. Acesso em: 23 jul. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Recomendação nº 001 de 31 de janeiro de 2018**. Disponível em: conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2018/Reco001.pdf. Acesso em: 25 jul. 2020.

BASAGLIA, F. As instituições da violência. In: AMARANTE, P. (Org.). **Franco Basaglia: escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Gramond, 2005a. p. 91-131.

BASAGLIA, F. Um problema de psiquiatria institucional: A exclusão como categoria sociopsiquiátrica. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Franco Basaglia: escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Gramond, 2005b. p. 35 - 61.

BEZERRA, I. C. et al. Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá. Processo de medicalização e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. **Interface Comunicação Saúde e Educação**, v. 48, n. 18, p. 61-74, 2014.



BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017**: Estabelece as diretrizes para o fortalecimento da rede de atenção psicossocial (RAPS). **Diário Oficial da União**. Brasília, 22 dez. 2017. Seção 1.

BRASIL. Portaria nº3588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, 22 dez. 2017. Seção 1. p. 236-238.

BRASIL. **Edital de Credenciamento – SENAD nº 01/2018**. Diário Oficial da União: Brasília, 25 abr. Seção 3. p. 93-96, 2018.

CALIMAN, L.; PASSOS, E.; MACHADO, A.M. A medicação nas práticas de saúde pública: estratégias para a construção de um plano comum. In: CALIMAN, L.; PASSOS, E.; MACHADO, A. M. **Movimentos micropolíticos em saúde, formação e reabilitação**. Curitiba: CRV, 2016. p. 19-39.

CAMPOS, G. W. S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Editora HUCITEC, 2007. p. 51-67

CHIAVERINI, D. H. (Org.). et al. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.



DIMENSTEIN, M. LIBERATO, M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersectorialidade e do trabalho em rede. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 1, n. 1, jan./abr. 2009.

DUTRA, D. S. et al. Doença dos nervos: sentidos e representações. **Psicologia ciência e profissão**, Brasília, v. 26, n.1, p.4-11. 2006.

FARIA, M. L. V. C.; GUERRINI, I. A. Limitações do paradigma científico hegemônico no acolhimento ao sofrimento psíquico na atenção básica. **Interface**, Botucatu, v.16, n.42, p.779-792, set. 2012.

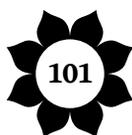
FOUCAULT, M. **O poder psiquiátrico**: curso dado no Collège de France. São Paulo: Martins Fontes, 2006, 511 p.

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro, 2005. 77p.

GIOVANELLA, L. AMARANTE, P. O enfoque estratégico do planejamento em saúde e saúde mental. In: AMARANTE, P. (Org). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 8.ed. São Paulo: Perspectiva, 2008. 312p.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2008. 127 p.



OTANARI, T.M. C. et al. Os efeitos na formação de residentes de psiquiatria ao experimentarem grupos GAM. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, p. 460-467, 2011.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta/demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; ABRASCO, 2001. p. 65-112.

PIERETTI, A. C. S. **Superando a aridez do semiárido: encontros entre saúde mental e saúde da família na formação de médicos no alto sertão paraibano**. 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.

PIERETTI, A. C. S. **40 anos da lei basaglia na Itália: desafios e inspirações para a resistência antimanicomial no Brasil**. 2018. Trabalho de conclusão de residência (Residência Médica em Psiquiatria) – Programa de Pós-graduação em Medicina Clínica, Departamento de Medicina, Universidade Federal de Pernambuco, Recife. 2018.

ROTELLI, F.; DE LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: ROTELLI, F.; DE LEONARDIS, O.; MAURI, D. **Desinstitucionalização**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.112 p.

ROTELLI, F. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**.1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. 202 p.

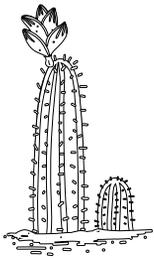


SANTOS, D.V.D. **Uso de psicotrópicos na atenção primária no distrito sudoeste de Campinas e sua relação com os arranjos da clínica ampliada.** 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. 2009.

SPINK, M. J. P.; MEDRADO, B. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico metodológica para análise de práticas discursivas. In: SPINK, M. J. P. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas.** São Paulo: Cortez, 2000.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.





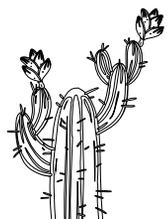
A GESTÃO AUTÔNOMA DE MEDICAÇÃO COMO FERRAMENTA DE CUIDADO E PROMOÇÃO DE SAÚDE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO INTERIOR DO RIO GRANDE DO NORTE

*Antônio Henrique Braga da Costa
Ana Karenina Arraes Amorim*

INTRODUÇÃO

A partir da década de 1980, com o advento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, o processo de mudança nas práticas de saúde mental começou a ser discutido, acenando para a lógica da construção de redes de atenção integral em diálogo com o conceito ampliado de saúde e com a integralidade do cuidado, com vistas a garantir reinserção social e o resgate da cidadania para os sujeitos em sofrimento psíquico (AMARANTE, 2007; BRASIL, 2005).

Em 2011, instituiu-se, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), tendo como finalidade a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde, propondo uma rede de saúde mental integrada, articulada e efetiva em seus diferentes pontos de atenção,



considerando a Atenção Primária à Saúde componente essencial estratégico na formação da atenção psicossocial (AMARANTE, 2007; BRASIL, 2005; 2013).

Estudos apontam que 60% das pessoas que vão a consultas em nível dos cuidados primários têm uma perturbação mental diagnosticável e, por isso, a integração desses serviços numa rede de saúde mental é a maneira mais viável de assegurar que essas pessoas tenham acesso a cuidados quando precisem, em espaços mais perto de suas casas, continuando, dessa forma, junto às famílias e mantendo as atividades cotidianas, o que minimiza o estigma e a discriminação e elimina o risco das violações de direitos humanos que ocorrem em hospitais psiquiátricos (OMS, 2008).

Nesse prisma, tem-se definido “abordagens psicossociais” que articulam os fenômenos psicológicos com outras dimensões da vida humana, sem reproduzir práticas terapêuticas hegemônicas nas abordagens clínicas convencionais, considerando, prioritariamente, o contexto histórico, os lugares e territórios dos sujeitos envolvidos (PRATA *et al.*, 2017; COSTA-ROSA; YASUI, 2000; VASCONCELOS, 2008).

No entanto, na contemporaneidade, impõe-se com muita veemência o modelo biomédico de atuação, mesmo nos serviços de atenção primária, produzindo a centralidade no atendimento médico e o tratamento farmacológico como terapêutica prioritária e privilegiada. Consequentemente, o tratamento em saúde mental está reduzido ao uso de psicotrópicos, muitas vezes de forma acrítica, e a comunicação entre os profissionais de saúde e usuários em torno desses tratamentos tem se mostrado muito deficiente (SANTOS; SIQUEIRA, 2009; BEZERRA *et al.*, 2016).

A medicalização da vida tem lugar nesse contexto como fenômeno em que experiências e comportamentos próprios da

condição humana e de origem “não médica”, passam a ser alvos de intervenção da medicina, operando na produção de subjetividade a partir da influência do poder médico (CARVALHO *et al.*, 2015; TESSER, 2006). Um dos efeitos da medicalização é a “medicamentalização”, que se expressa na prática da prescrição de psicotrópicos como única forma de cuidado em saúde mental. Os psicofármacos têm sido a forma mais utilizada no tratamento de sofrimentos severos, bem como de uma gama de sofrimentos cotidianos, provocando uma elevada demanda de prescrição desses medicamentos. (JORGEL *et al.*, 2013; ROCHA; WERLANG, 2013; ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2013; MOURA *et al.*, 2016).

Diante de cenários como esses relativos ao cuidado em saúde mental, bem como o valor simbólico da medicação para aqueles que a utilizam, foi desenvolvido em Quebec, no Canadá, uma nova estratégia de intervenção denominada “Gestão Autônoma da Medicação” (GAM). É uma metodologia emancipatória de cuidados, orientada para lidar com essa questão do uso crônico de drogas em diferentes serviços de saúde mental, e que se destina a ajudar as pessoas a refletir sobre o uso e efeitos de medicamentos e a conhecê-los melhor, tornando-as mais críticas com o uso que fazem deles para uma melhor qualidade de vida (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2014).

O “guia GAM” refere-se a um *“instrumento que reconhece o direito ao consentimento livre e esclarecido para a utilização da medicação e a necessidade de compartilhamento de decisões entre profissionais e usuários”* (GONÇALVES; ONOCKO-CAMPOS, 2017, p. 3) e consiste num conjunto de passos que propõem ao(s) usuário(s) questões e informações para ajudá-lo(s) a repensar a relação com o uso de medicamentos psiquiátricos, visando aumentar o poder de negociação com respeito ao tratamento

junto à equipe que o acompanha (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2014; ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2013).

No Brasil, esse guia foi adaptado passando a se chamar Guia GAM BR (GGAM-BR), e passou a ser utilizado, também, nos serviços da RAPS a partir de trabalhos com grupos envolvendo usuários, familiares, profissionais de saúde e pesquisadores (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2014).

Na experiência grupal do uso do Guia há a partilha de experiências, a ajuda mútua e o estímulo à busca de informações sobre medicamentos e direitos. A proposta de se trabalhar com grupos parte do entendimento de que a autonomia não se constrói de maneira solitária, mas na relação com o outro, em um exercício de compartilhamento de diferentes pontos de vista; numa experiência de cogestão que objetiva a criação de espaços de expressão e de decisão acerca do tratamento e da qualidade de vida (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2014).

Assim, ao conhecer essa experiência, o primeiro autor resolveu desenvolver um grupo GAM no contexto da ESF num município do Rio Grande do Norte, onde atua como psicólogo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). A experiência envolveu uma pesquisa desenvolvida no âmbito do Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF/UFRN) que teve como um dos objetivos conhecer as percepções dos participantes da intervenção centrada no uso do Guia GAM como uma ferramenta de promoção de cuidado em saúde mental no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS).

METODOLOGIA

Tratou-se de uma pesquisa qualitativa que incorporou princípios da pesquisa-ação (THIOLLENT, 1985) e se deu a partir da experiência com o Guia GAM num grupo em UBS. O Guia GAM foi trabalhado por meio de uma intervenção coletiva na perspectiva de produção grupal com sujeitos que apresentavam sofrimento psíquico e que estavam em uso de psicotrópicos sob cuidados da equipe da ESF do município.

A pesquisa ocorreu numa cidade de pequeno porte que se situa na mesorregião Oeste Potiguar e na microrregião Vale do Açu. A intervenção foi realizada no território da ESF, numa UBS que foi escolhida por apresentar uma problemática e uma demanda relevante no campo da saúde mental e, especificamente, no uso de psicotrópicos.

As atividades da intervenção foram desenvolvidas em etapas: Etapa 1 – Visitas à Rede de atenção psicossocial (RAPS), para apresentação da proposta, definições de problemas e pactuação com equipe e usuários interessados na experiência no âmbito da ESF; Etapa 2 – Sensibilização para a participação no GAM e formação do grupo GAM junto aos profissionais e usuários da UBS, com convite para participação; Etapa 3 – Realização do grupo GAM, com usuários do território da UBS e do CAPS de referência; Etapa 4 – Elaboração das narrativas e validação coletiva; e Etapa 5 – Constituição do *corpus* de análise e construção da análise.

A condução do processo de experimentação foi feita por pesquisadores e também trabalhadores de saúde. A composição da intervenção se deu pela participação dos seguintes sujeitos: dez (10) usuários da rede; dois (02) profissionais; um (01) pesquisador profissional e dois (02) estagiários estudantes de psicologia.

Foram critérios de inclusão na pesquisa para participação dos usuários: ser maior de dezoito anos; estar fazendo uso de psicotrópicos há mais de um ano; manifestar vontade de participar no grupo e não ter limitação cognitiva grave. Entre os dez usuários participantes somente um (1) era do sexo masculino, sendo que todos eram acompanhados pela equipe da ESF, tinham entre 20 e 55 anos de idade e sabiam ler e escrever. O grupo intervenção ocorreu pelo período de oito (8) meses, entre maio e dezembro de 2018, totalizando dezoito (18) encontros. Os encontros do grupo aconteciam de forma semanal.

Trabalhou-se com a perspectiva da construção e análise de narrativas (ONOCKO-CAMPOS, 2011; BENJAMIN, 1994). Estas foram construídas com o material produzido nos encontros, os quais foram totalmente gravados e transcritos. Foi realizado, para o presente trabalho, um recorte dos depoimentos narrados que apresenta a percepção dos usuários sobre experiências com a intervenção. Em alguns trechos onde são descritas as narrativas, na íntegra, optou-se por utilizar pseudônimos de flores visando manter o sigilo da identidade dos entrevistados.

Para a análise e interpretação dos dados, foi utilizado referencial teórico proposto por Walter Benjamin (1980); Onocko-Campos (2011); Onocko-Campos *et al* (2013). Para o primeiro, as narrativas são uma forma artesanal de comunicação, que não está interessada em transmitir o “*puro em si*” da coisa narrada como uma informação ou um relatório, pois ela mergulha algo na vida do narrador para em seguida retirá-la dele. Assim, se imprime na narrativa a marca do narrador, como a mão do oleiro na argila do vaso.

Já Onocko-Campos e Furtado (2008), Onocko-Campos *et al* (2011) e Onocko-Campos *et al* (2013) concebem as narrativas como um processo de mediação entre o vivido e a possibilidade

de inscrevê-lo no social, inserindo a experiência subjetiva em um campo político. Isso porque as narrativas dão visibilidade à experiência dos sujeitos pesquisados e também trazem a dimensão da experiência do que se vive no desenrolar da pesquisa, ou seja, as narrativas nunca estão prontas no interior dos sujeitos, elas são sempre construções que nascem de uma relação, (ONOCKO-CAMPOS, et al, 2011; ONOCKO-CAMPOS et al, 2013).

Este manuscrito é parte de uma dissertação de mestrado e compõe um projeto multicêntrico aprovado em Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer de nº 2.234.177 e CAAE 70494817.0.1001.5505.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Ao se debruçar sobre as narrativas construídas durante a intervenção, percebe-se que a experiência de conviver com o sofrimento emocional pode ser entendida, na intervenção, como um sofrimento ético-político no sentido atribuído por Sawaia (2014) ao se referir ao sofrimento provocado por condições sociais, particularizando-se na relação saúde-cuidado-doença, em emoções, sofrimentos e sentidos. Essa categoria conceitual foi construída pelo reconhecimento de que há um modelo de cuidado e um saber voltado quase que exclusivamente para atenção aos sintomas biológicos e psicológicos do adoecer, negligenciando o sujeito, a história de vida, as condições sociais e culturais e as potencialidades humanas. Isso fica evidente em depoimentos que se referem ao encontro grupal como espaço de atenção a outros aspectos da vida que não apenas ao medicamento:

Como já disse, quando venho aqui é renovação de energia, é bem mais importante. Hoje, para mim só tenho medicação, mas se eu tivesse acompanhamento como o que estou tendo, com uma frequência maior, acho que estaria muito melhor (CAMÉLIA).

Convivemos com a existência de instituições e formas de tratamento ancorados em um modelo produtor de procedimentos anacrônicos, segregadores, violadores dos direitos de cidadania e com efeitos mortificadores e violadores das subjetividades, pois coloca-se a doença em destaque, tornando-a objetivo de todo o trabalho “em saúde”. Com isso, a pessoa que necessita de cuidado é reduzida à posição de objeto e fica passiva a intervenções meramente curativas, sendo a intervenção medicamentosa o único recurso disponível, na maioria das vezes, o que constatamos nas experiências das participantes e como nos mostram outras experiências com a GAM em cenários semelhantes (JORGE *et al.*, 2012).

Nesse campo, a ferramenta da Gestão Autônoma da Medicação mostrou-se - em nossa intervenção - como uma estratégia de cuidado capaz de mobilizar a autonomia e participação dos sujeitos no autocuidado, no processo de enfrentamento pessoal, familiar e coletivo dos desafios colocados pelo sofrimento e pelo tratamento medicamentoso, possibilitando a produção de um sujeito que possui um papel político fundamental na gestão de suas vidas, como em outros estudos (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2013; COUGO; AZAMBUJA, 2018; FEITAS *et al.*, 2016; GONÇALVES; ONOCKO-CAMPOS, 2017) e traduzindo-se em ganho de “força”, “potência de agir” na experiência de usuárias:

Quando a gente sai daqui é como se ganhasse uma vida nova, pelo menos eu, particularmente, me sinto assim. Eu nem sinto meus dias, eu tenho parado para pensar, eu não sou tão fraca como eu achava que eu era, sabe? (AMARÍLIS).

A GAM no grupo intervenção, mostrou-se como uma ferramenta coletiva promotora de ganhos de saúde, com potencial para ativação da potência de agir das participantes, provocando o aumento da autonomia e maior empoderamento das pessoas, a partir da tomada de consciência, com a conseqüente coparticipação das usuárias em tratamentos, possibilitando um “lugar” de fala e escuta das experiências e do saber das pessoas, que carregam consigo as vivências provocadas pelo sofrimento emocional e social.

Corroborando, assim, com as ideias de Souza e Sawaia (2016) quando afirmam que a coletividade potencializa a saúde ético-política, e com Costa-Rosa (2004), quando diz que o grupo é um dispositivo capaz de propiciar encontros, escutas, trocas e a reflexão coletiva sobre novas possibilidades de mudança na perspectiva sobre o adoecimento:

Se eu não tivesse aqui, eu não estaria de pé, aqui eu posso falar, ninguém vai me censurar, eu me sinto eu de verdade, quando estou aqui eu sei que eu não sou uma pessoa doente, eu estou adoecida (CAMÉLIA).

Outro aspecto a destacar, refere-se à construção e troca de saberes na experiência quando as participantes relataram que, no momento da intervenção, conseguiram ampliar conhecimentos sobre si e sobre seus territórios de convivência,



melhorando assim a qualidade de vida. Resultados semelhantes foram encontrados por Gonçalves e Onocko-Campos (2017), quando afirmam que o Grupo GAM foi um espaço de amadurecimento, trocas e aprendizagem em relação aos usuários.

Isso se evidenciou, sobretudo, no encerramento desse processo em que os usuários conseguiram adquirir mais participação nas decisões sobre o cuidado e mais autonomia nas relações:

Devolveu a minha vontade de viver, está me devolvendo aos poucos a autoestima. Hoje, posso dizer eu sou minha novamente, de verdade, e sonho e espero ação de cada um, mas cada um tem que fazer sua parte se a gente buscar ajuda a ajuda tá ali, vamos decidir da mão né? (CAMÉLIA).

Reconheceram que a experiência GAM estava sendo a primeira forma de cuidado para além das formas ancoradas no modelo biomédico como o uso de medicação e a psicoterapia tradicional. Pela primeira vez, estavam sendo estimuladas a exportar emoções, angústias, reflexões, aflições, dúvidas e sugestões sobre adoecimento e tratamento, promovendo o resgate da autonomia frente à vida. Nesse sentido, a intervenção mostrou-se também como espaço de ajuda mútua para as usuárias:

Eu só sei que antes desse encontro eu vivia em crise, eu chorava muito, menina, vivia em crise, vivia dentro de casa, era só em crise, os remédios não faziam efeito (MARGARIDA).

Hoje, tenho outra realidade, hoje eu não me vejo mais como uma pessoa doente. Realmente, eu não me vejo como uma pessoa doente, pode ser que uma pessoa diga, sabe, mas eu não dou atenção a isso. (CRAVINA).

Evidenciaram que a troca de experiência nas vivências com o sofrimento mental e, com relação ao tratamento medicamentoso, puderam desenvolver um processo de crescimento a partir das histórias partilhadas, das narrativas construídas coletivamente, das estratégias pessoais de enfrentamento criadas, afirmando-se, dessa forma, a potência de grupo promovida pela GAM, e a sua instituição enquanto uma prática inovadora de promoção da saúde no contexto da APS.

De modo semelhante, Silva (2014) traz que um Grupo Estratégico de Promoção da Saúde tem por objetivo tornar os sujeitos protagonistas de sua própria existência, favorecendo a transformação social e pessoal, no sentido que o próprio sujeito entende como desejável, quando ele está altamente responsável e esclarecido sobre essa complexidade. Nessa direção, uma das participantes diz:

É bom porque eu também faço o comentário do meu problema, eu escuto o dele, e eu digo, olhe, porque às vezes por meio do que ele diz eu já tiro uma lição para mim. Pronto! No caso dela, ela disse que não toma mais o medicamento para dormir, aí ele diz que já tá sentindo mais feliz, para você voltar a estudar, se você for, você consegue (MARGARIDA).

Assim, este estudo demonstra que no contexto da APS, especificamente na Estratégia de Saúde da Família, é imprescindível atuar com os fundamentos da promoção da saúde, na

busca de potencializar a qualidade de vida, o exercício de cidadania, ampliar a autonomia e a corresponsabilidade de sujeitos e coletividades (BRASIL, 2007; PAIVA, *et al*, 2009; SILVA, 2014).

Nessa perspectiva, a intervenção grupal apresenta-se, também, como ferramenta de atenção psicossocial que favorece o desenvolvimento de potencialidades, a ampliação das redes de apoio formal e informal e o estímulo à participação comunitária, ao promover trocas de conhecimentos, interação e cooperação entre os participantes (PAIVA *et al*, 2009; ANDRADE; VAITSMAN, 2002), como evidente nos seguintes depoimentos narrados:

Aí eu vim e de imediato eu gostei muito, eu percebi que as pessoas têm seus problemas diferentes, mas, todo mundo tem uma fase na vida né? Acho que é como disseram aí, que um ajuda o outro no que pode. Então, assim, eu acho que a gente compartilha dessas sensações, desses momentos, quando a gente sai daqui, chega em casa, a gente sente mais leve, a gente chega tão mais leve (AMARÍLIS).

Você vai juntando um pouquinho de cada um aqui e você vai vendo o que foi que aconteceu com você e com os outros (GIRASSOL).

Os relatos das participantes vão legitimando o pensamento de Ribeiro (1999), de que o grupo é “como uma rede, como uma teia de aranha, onde cada elemento funciona como um ponto nodal independente, mas psicodinamicamente interligado, agindo como um subsistema, onde cada um afeta o outro e é afetado pelo conjunto, criando uma matriz operacional” (p. 35). Nessa perspectiva, a produção de grupalidades vai tornando-se

espaço privilegiado para produção de redes de apoio, de construção de vínculos e de ganhos de saúde (ANDRADE; VAITSMAN, 2002; FERNANDES et al, 2019; FAQUINELLO; WAIDMANI, 2012; SILVA *et al*, 2018).

Nesse sentido, a nossa experiência aponta que as práticas grupais constituem uma ferramenta importante para a promoção de saúde, para inserção social de pessoas com sofrimento ético político e como prática de cuidado efetiva em saúde mental na Atenção Primária à Saúde e na RAPS como um todo.

Na intervenção, as pessoas apresentaram suas relações comunitárias, familiares, de trabalho, de amizades e com as redes de saúde, ora como fatores de risco, ora como fatores de proteção para o seu tratamento em saúde mental. De outra forma, reconhecem que, mesmo sem uma compreensão empática do sofrimento, das características de vivência com um transtorno mental, recebem da família e de amigos do próprio grupo apoio em momentos de crise:

Nem toda hora a família entende o que você está passando, mas eles chegam junto, mesmo sem entender, sem aprovar (GIRASSOL).

(...) Mesmo não sendo 100%. Primeiro lugar a família, é porque ela tá do seu lado, na hora que você precisar. Na primeira necessidade quem vai chegar junto são eles, aí quando você procurar um médico num espaço desse, uma ajuda aí você tem uma ajuda lá de fora por mais que a família seja complicada, mas sempre vai ser a família (MARGARIDA).

Hoje, eu já tenho amiga minha, eu acho que já até relatei que às vezes, eu começo a tremer, me dá agonia, coração acelerado, aí às vezes eu chego lá, porque ela me disse a hora que você precisar, às vezes eu chego lá e digo um abraço, ela abre e me abraça, me abraça, eu choro aí respiro e passa (CAMÉLIA).

Mostram que os relacionamentos afetivos, os laços estabelecidos com os profissionais de saúde e o pertencimento a grupos e a uma religião são fatores que ajudam no desenvolvimento de uma vida mais saudável, pois auxiliam em momentos de crises emocionais, o que também é mostrado em outros estudos da área (DIMENSTEIN; SALES, 2010; FERNANDES *et al*, 2019).

A GAM, então, constitui-se como estratégia de cuidado que permite que os medicamentos deixem de ter a centralidade terapêutica e possam ser ampliados para outros recursos e aspectos da vida, promovendo autonomia no sentido da ampliação de redes de dependências.

Uma nova forma de “*viver menos, como uma pessoa doente*” (AMARÍLIS), com mais autenticidade e autonomia e com uma postura mais ativa na produção de subjetividades que se reinventam em diferentes espaços sociais e ocupam outros papéis sociais, vão além da sua condição psiquiátrica, novos relacionamentos sociais e institucionais.

Diante disso, ressaltamos a importância da rede social promovida pelos grupos de promoção da saúde na APS, pelas relações sociais de apoio, como um modo de proteção e auxílio material e psicossocial para as pessoas que carregam consigo a experiência do sofrimento ético-político, constituindo-se, enquanto “espaços” de aprendizagem e mobilizadores da potência de agir, conforme evidenciado nas experiências narradas pelas pessoas durante a intervenção, em tela.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O GGAM mostrou-se potente para instituir espaços de cuidado e promoção da saúde no território da Estratégia de Saúde da Família, procurando desconstruir a medicalização da vida, apoiando-se em princípios e diretrizes da atenção psicossocial e promovendo práticas não medicalizantes que estimulam os indivíduos a conquistar e reconquistar a potência de agir sobre a vida e a saúde.

A estratégia da GAM, orientada pelo Guia GAM, constituiu-se, dessa forma, como uma ferramenta facilitadora de processo grupal para promoção da saúde, praticada de forma coletiva, dialogada e compartilhada, visando à partilha de experiências, à ajuda mútua, ao apoio social, ao estímulo à busca de informação sobre medicamentos e ao cuidado de si no mundo.

Assim, a pesquisa demonstra que a estratégia GAM, ao produzir grupidades no modo de operar em coletividade, constituiu-se como um recurso capaz de potencializar a saúde, esta entendida em nosso estudo como uma saúde ético-política, refletindo-se no aumento da potência de agir dos participantes, individual e coletivamente, nos diversos aspectos da vida, como: trabalho, participação social, relacionamento com a família, ampliação do círculo de amizades e construção de novas redes de apoio.

Evidencia-se que a troca de experiência nas vivências com o sofrimento mental e, com tratamentos medicamentosos, puderam promover a desconstrução da doença como figura central nas vidas e construir novas perspectivas frente ao sofrimento psicológico e aos adoecimentos, por meio das histórias compartilhadas, das narrações, das estratégias pessoais de enfrentamento partilhadas e inventadas no grupo. Assim, no

âmbito da Atenção Primária à Saúde e da RAPS, a GAM pode se afirmar como uma prática inovadora de promoção da saúde.

Faz-se necessário discutir os limites e possibilidades de captura institucional que a GAM pode vir a ter em contextos de atenção primária e insistir na produção de formas de atuação não medicalizantes, que favoreçam a ampliação do olhar sobre o processo saúde-doença-cuidado, potencializando a ampliação da autonomia e empoderamento dos usuários e coletividades em seus territórios de vida.



Referências

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial.**

Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2007.

ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciência e**

Saúde Coletiva., v. 7, n. 4, p. 925-934, 2002.

BENJAMIN, Walter. **Magia e técnica, arte e política:**

ensaios sobre literatura e história da cultura.

São Paulo: Brasiliense, 1994. p. 197-221.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CNS). **Atenção primária à saúde e promoção de saúde.** Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental.

Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CARVALHO, Sérgio R. et al. Medicalização: uma crítica (im) pertinente? introdução. **Physis**, v. 25, n. 4, p. 1251-1269, dez.

2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v25n4/0103-7331-physis-25-04-01251.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2019

COUGO, V. R; AZAMBUJA, M. A. A estratégia gestão autônoma da medicação e a inserção da (a) normalidade no discurso da cidadania. **Psicologia: Ciência e**

Profissão, v. 38, n. 4, 622-635, out./dez. 2018.



COSTA-ROSA, Abílio. **O modo psicossocial**. In: AMARANTE, Paulo (Org.). Ensaios, subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000

DIMENSTEIN, M; SALES, L. A. et al. Estratégia da atenção psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1209-1226, 2010.

FAQUINELLO, S. S. M.; WAIDMANI, M. A. P. A rede social como estratégia de apoio à saúde do hipertenso. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 5, p. 849-56, set./out. 2012.

GONÇALVES, L. L. M.; ONOCKO-CAMPOS, R. Narrativas de usuários de saúde mental em uma experiência de gestão autônoma de medicação. **Cad. Saúde Pública**, v.33, n.11, p. e00166216, 2017.

FERNANDES, E. T. P. et al. Práticas de grupo do núcleo de apoio à saúde da família: perspectiva do usuário. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. e290115, 2019.

JORGE, Maria Salete Bessa. et al. Experiências com a gestão autônoma da medicação: narrativa de usuários de saúde mental no encontro dos grupos focais em centros de atenção psicossocial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1543-1561, 2013.

MOURA, D.C.N. et al. Uso abusivo de psicotrópicos pela demanda da estratégia saúde da família: revisão integrativa da literatura. **SANARE**, Sobral, v.15, n.02, p.136-144, jun./dez. 2016.



ONOCKO CAMPOS, R. Fale com eles! O trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1269-1286, 2011.

ONOCKO CAMPOS, R. T. et al. **Gestão autônoma da medicação:** guia de apoio a moderadores. 2014. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saudemental-interfaces>. Acesso em: 18 jul. 2019.

ONOCKO CAMPOS, R. T. et al. A gestão autônoma da medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, p. 2889-2898, 2013.

PRATA, N. I. S. S; GROISMAN, D. et al. Saúde mental e atenção básica: território, violência e o desafio das abordagens psicossociais. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15 n. 1, p. 33-53, jan./abr. 2017.

ROCHA, S. B; WERLANG, M. C. Psicofármacos na estratégia saúde da família: perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 11, p. 3291-3300, 2013.

SANTOS, E. G.; SIQUEIRA, M. M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 3, p. 238-246, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852010000300011. Acesso em: 18 jul. 2019



SAWAIA, B. B. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: SAWAIA, B. B. (Org.). **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. 14. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.p. 97-114.

SILVA, J. A. **Promoção da saúde**: estratégias para autonomia e qualidade de vida do sujeito com diabetes. 2014.
Dissertação (mestrado profissional em saúde da família)
–Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2014.

SOUZA, A. S. A; SAWAIA, B. B. A saúde como potência de ação:uma análise do coletivo e de comuna do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). **Psicologia Política**,v.16, n. 37,p. 305-320,set./dez. 2016.

TESSER, C. D. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.19, p.61-76, jan./jun. 2006.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez,1985.

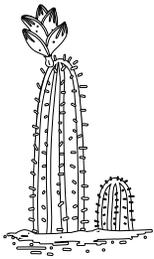
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA). **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários**: uma perspectiva global. Lisboa, Portugal: Editora Unisul, 2010.

VASCONCELOS, Eduardo M. **Abordagens psicossociais**. São Paulo: Hucitec, 2008.



YASUI, S. A atenção psicossocial e os desafios do contemporâneo: outro mundo é possível. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 1, n. 1, p. 1-9, 2009.





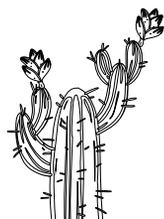
A ESPIRITUALIDADE NO LIDAR COM A MORTE E O MORRER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

*Marcos Oliveira Dias Vasconcelos;
Geórgia Sibebe Nogueira da Silva.*

INTRODUÇÃO

Há um século, a maioria das pessoas morriam por volta dos 40 anos. Hoje, a expectativa de vida mundial duplicou: a morte acontece próxima aos 80 anos. Os avanços na ciência e na tecnologia médica foram tantos que contribuíram para a falsa ideia sobre a possibilidade da cura irrestrita das doenças e do controle da morte.

Contudo, para Morin (1997), a inevitabilidade da morte faz com que sejamos constantemente colocados frente a frente com a nossa vulnerabilidade. A morte reforça nossa condição mortal pelo simples fato de que ela não pode ser vencida a despeito de todo o avanço científico e tecnológico. Ela, em nossa cultura, é um tema interdito, evitado na civilização ocidental contemporânea. As diversas crenças e tradições espirituais e as questões essenciais relativas à morte e ao sentido da vida são pouco discutidas na maioria dos lugares públicos de educação e de saúde (HENNEZEL e LELOUP, 1999).



Por ter o ser humano como objeto de estudo, os estudantes dos cursos de saúde se defrontam cotidianamente com a doença, a dor e a morte. Na formação médica, ainda hegemonicamente focada no tratamento e na cura das doenças, a morte é pouco debatida mesmo em suas questões clínicas e biológicas, menos ainda, em seus aspectos subjetivos e espirituais. A ausência de um debate integral e aberto em relação à forma de lidar com o sofrimento e com a morte gera uma fonte de angústia na rotina de estudantes e profissionais da medicina. A morte passa a ser um tema tabu e encarada como um fracasso profissional.

Os estudantes de medicina se sentem despreparados, e até intimidados, para lidar com o sofrimento e com a morte. Assim, os médicos, muitas vezes, limitam-se a abordar sintomas e acometimentos essencialmente de ordem biológica no cuidado dos pacientes, esquecendo-se das outras dimensões essenciais do ser humano: psicológica, social, cultural e espiritual (FALCÃO; MENDONÇA, 2009). Essas dimensões se tornam ainda mais fundamentais no acompanhamento do processo de adoecer e morrer de pacientes e dos familiares.

O ensino do lidar com a morte na formação médica tem sido nas últimas décadas objeto de atenção de alguns autores (AZEREDO, 2007; FONSECA; GEOVANINI, 2013; MALTA, 2018; NOGUEIRA DA SILVA; AYRES, 2010; NOGUEIRA DA SILVA, 2014; OLIVEIRA, 2013; QUINTANA, 2002; RIBEIRO; POLES, 2019; SILVA, 2006), no entanto, a inclusão dessa temática na formação médica ainda ocorre de forma muito lenta e dispersa (VASCONCELOS, 2015; SILVA, 2006).

A espiritualidade em saúde tem melhorado a inserção nos currículos médicos por meio de disciplinas, eventos, criação de ligas e de experiências de extensão universitária; mas esse processo ainda acontece de forma muito periférica.

Estamos convencidos de que trazer a reflexão sobre o cuidado diante da morte e do morrer no ensino médico, no contexto da APS, e sobre o lugar da espiritualidade para a formação permanente dos profissionais de saúde e para o aperfeiçoamento do cuidado é condição para garantirmos uma qualidade de vida e de morte para todos.

PERCURSO METODOLÓGICO

Este escrito é um desdobramento da pesquisa *O ensino do lidar com a morte no contexto da atenção primária à saúde no curso de graduação em Medicina*, defendida no Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Abordaremos uma das concepções que os docentes do curso de graduação em Medicina, participantes da pesquisa, consideraram importantes no ensino do lidar com a morte: a valorização da dimensão da espiritualidade.

Os colaboradores desse estudo foram oito docentes vinculados ao Centro de Ciências Médicas – da Universidade Federal da Paraíba envolvidos em práticas pedagógicas na Atenção Primária à Saúde (APS). A escolha dos docentes se deu de forma intencional, optou-se pela experiência de ensino nos módulos desenvolvidos no cenário da APS e pela representatividade entre os diferentes períodos do curso em que eles estão inseridos. A escolha pela variação por períodos entre os docentes atende ao intuito de percorremos várias etapas da formação.

Os colaboradores escolheram pela divulgação dos nomes, como forma de valorizar a autoria de cada um a partir de suas narrativas, haja vista participarem ativamente da construção desta

pesquisa a partir de suas reflexões e que a divulgação da autoria não representa nenhum dano aos colaboradores ou a qualquer outra pessoa. Tomamos as precauções necessárias para garantir e respeitar os direitos e a liberdade dos sujeitos pesquisados.

Foram combinadas duas estratégias tecno-metodológicas: entrevistas em profundidade com roteiro e oficina com utilização de “cenas” projetivas. A entrevista em profundidade com roteiro consiste em um dos métodos mais importantes para captar os sistemas de valores, as referências normativas, as interpretações que os indivíduos dão às situações conflituosas e às experiências vivenciadas.

A oficina tem o intuito de aprofundar dados, confrontar percepções, valores, e ressaltar a subjetividade, a emoção e a intuição dos entrevistados, enriquecendo o discurso racional que é mais facilmente captado nas entrevistas de pesquisa. Na oficina, foi sugerido que cada entrevistado criasse uma “cena” imaginada a partir de uma situação hipotética e a descrevesse no papel. Após isso, cada colaborador relatou oralmente para o grupo a “cena” escrita, e foi disponibilizado um tempo para comentários de todos.

Na “cena 1”, o docente foi convidado a imaginar uma situação, em que ele fosse um estudante de Medicina, cuidando de um paciente próximo da morte. Na “cena 2”, o docente foi convidado a imaginar uma situação na qual ele fosse um paciente próximo da morte numa situação favorável de cuidado por um profissional médico. Na descrição e debate das cenas construídas durante a oficina, a espiritualidade surgiu como um elemento importante para dar sentido ao trabalho em saúde e à trajetória final de vida dos narradores. Grande parte dos professores participantes projetaram e refletiram, em suas

cenar, sobre como seriam as próprias mortes e como gostariam de ser tratados.

Para a análise e interpretação das narrativas, utilizamos a Hermenêutica Gadameriana. O processo interpretativo, por sua vez, obedeceu à regra hermenêutica, segundo a qual devemos compreender o todo a partir da parte e a parte com base no todo. Foi operacionalizado por meio de leituras exaustivas e repetidas, que visaram ampliar a unidade do sentido pela concordância de todas as partes singulares com a totalidade compreensiva (GADAMER, 2002).

O processo interpretativo-compreensivo, segundo a Hermenêutica, dá-se sempre como resposta a uma questão que nos causa estranhamento, nos desacomoda em nosso cotidiano. No presente estudo pode ser resumida em: Qual o significado da espiritualidade no ensino do lidar com a morte na Atenção Primária à Saúde?

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como estratégia para se alcançar o objetivo geral da pesquisa (a compreensão dos caminhos do ensino do lidar com a morte e o morrer na formação médica no contexto da APS), pedimos para os docentes descreverem situações pedagógicas em que eles, junto aos estudantes, tiveram que lidar com o processo de morte ou com o acompanhamento de um paciente com alguma doença ameaçadora da vida no contexto da APS. Ainda, questionamos quais foram as reações e sentimentos vivenciados por eles e pelos estudantes a partir do envolvimento nessas situações.



Ao avaliarmos as vivências e estratégias pedagógicas descritas, encontramos que o lidar com a morte para os docentes foi concebido como a busca de um cuidado humanizado diante da perda. Assim, na busca da humanização do trabalho em saúde deve-se considerar a totalidade da experiência humana na saúde, na doença e na morte, reconhecendo a potência do papel de cuidador, ou seja, cuidar da dor (SILVA; AYRES, 2008).

Os docentes corroboram com a aposta de Ayres (2009) de que o cuidado representa uma potente possibilidade de reconciliação entre as práticas assistenciais e a vida, por meio de um diálogo aberto e produtivo entre a tecnociência médica e a construção livre e solidária de uma vida que se quer feliz.

Ainda, a partir da análise das entrevistas e da oficina realizada com os docentes, identificamos quatro papéis elencados para o desenvolvimento dessa concepção de cuidado humanizado diante da morte. São papéis que os docentes esperam que os futuros médicos desempenhem no cuidado de pacientes e famílias em situação de proximidade com a perda: tentar salvar o paciente; estar junto até o fim (presença); valorizar a dimensão da espiritualidade; e promover qualidade de morte.

A escolha por abordar esse aspecto da valorização da espiritualidade no cuidado diante da morte, e mais especificamente no ensino médico, no contexto da APS, deu-se em função do destaque revelado pelos colaboradores do estudo, sinalizando o lugar que essa valorização pode ocupar na arte humanizada de cuidar. Dialogaremos sobre essa questão por meio das vivências e estratégias pedagógicas descritas pelos docentes em suas práticas na APS.

Valorizar a dimensão da espiritualidade no cuidado à morte e ao morrer

O contato com a morte é temível para maioria das pessoas e o enfrentamento depende de fatores culturais, sociais, familiares, religiosos, entre outros. Considerada como elemento importante na superação do sofrimento existencial, a espiritualidade é uma experiência que transcende a realidade do ser humano. Fala-se aqui de espiritualidade, não no sentido de religiosidade, mas da experiência de contato com uma dimensão particular da existência que vai além das realidades consideradas normais na vida do indivíduo, que as transcende (VASCONCELOS, 2015).

Portanto, a espiritualidade pode ser compreendida como algo que dá sentido à vida e que é capaz de estimular sentimentos positivos relacionados à busca pelo sentido do viver em meio às limitações e à finitude da vida. Como afirmam Hennezel e Leloup (1999, p.18):

A espiritualidade faz parte de todo ser que se questiona diante do simples fato de sua existência. Diz respeito à sua relação com os valores que o transcendem, seja qual for o nome que lhes atribua. (HENNEZEL; LELOUP, 1999, p. 18)

A questão da morte sempre desperta questões espirituais, quer dizer, uma transcendência. Mesmo que o ‘cara’ seja ateu, existe um pensamento transcendente, quer dizer: será que eu vivo de acordo com a consciência de que eu vou morrer? Será que eu vivo de fato? Essa é uma pergunta da espiritualidade e saúde, que não tem nada a ver com teologia, com crenças religiosas, tem a ver com



um pensamento da espiritualidade, ou seja, da transcendência. [Fragmento de entrevista – Prof. Eduardo Simon].

Na mesma direção da narrativa acima vamos trazer uma vivência ilustrativa da valorização dada à espiritualidade pelos professores de Medicina. Trata-se do relato de um acontecimento verídico vivenciado pelo Prof. Alexandre Melo, na época em que era estudante do final do curso. No relato, ele acompanhava as atividades de uma equipe de saúde da família durante um estágio curricular rural em uma pequena cidade do sertão paraibano.

Aquele dia foi diferente de todos. Dra. Paula me chamou para acompanhá-la em uma consulta de um paciente em estágio terminal de câncer.

A memória do caminho quase que não existe diante do impacto da cena ao chegarmos à casa do paciente. O impacto é tanto que só consigo ver tudo em preto e branco. Era uma casa de apenas dois cômodos, um quarto mal iluminado por alguns raios de sol que teimavam em passar pelas frestas da porta e da janela e banheiro. Não media mais que 10 m². O paciente estava a dois passos da porta, deitado numa cama e coberto por alguns lençóis. Tinha aspecto envelhecido, emagrecido e um semblante de dor e horror.

Dra. Paula chega e diz o seu nome. No esforço para sorrir, em resposta ao cumprimento de Dra. Paula, vejo o primeiro sinal de vida daquele lugar. Dra. Paula senta ao lado da cama, conversa, pergunta sobre dores, faz



orientações à filha. Mas eu sigo estupefato, paralisado, tudo em câmera lenta, só percebendo os poucos movimentos da mímica facial daquele paciente.

Estou aprisionado no meu próprio terror de não saber o que fazer ao ver os limites da profissão que escolhi. Eis que o semblante do paciente muda e junto todo o cenário. **Ele parece que dorme o sono dos anjos, mas está acordado, tranquilo. Mudo o meu foco e vejo Dra. Paula segurando sua mão e orando. Como assim? O que isso significa?**

Sinto raiva de tudo que me ensinaram no curso até o momento, de tudo que me afastou do verdadeiro sentido de cuidar. Aquela cena destruiu o mundo das certezas técnicas que me aprisionara. Agora me sentia mais livre para ser cuidador.

Apertei a mão do paciente em agradecimento e voltei em silêncio, caminhando com Dra. Paula até o posto. Dei, então, um forte abraço, como se fosse o meu muito obrigado por coisas que eu jamais poderia escrever. [Cena 1 - Prof. Alexandre Melo, grifo nosso].

Diante de uma situação tão complexa e de tantas vulnerabilidades do paciente, o estudante ficou estático, sem encontrar alternativas ou pensamentos úteis entre todas as “certezas técnicas” que aprendera durante o curso de Medicina. Tantos livros e aulas decoradas, mas nenhuma pista de como agir ou do que falar naquela situação. Os seis anos de curso de graduação não lhe prepararam para enfrentá-la.



Aquilo ali marcou profundamente o meu jeito de lidar com o paciente terminal [...] para poder cuidar da morte do outro, do paciente, esse fato, por si só, já foi suficiente para dar uma guinada no meu jeito de olhar para o paciente e de cuidar. [Fragmento de entrevista - Prof. Alexandre Melo].

O modelo e o exemplo da médica por meio do toque, do afeto, da compaixão e da oração inauguraram no estudante uma nova maneira de servir as pessoas, por meio da arte de cuidar: a importância de uma abordagem clínica e técnica que não negue a subjetividade, a intuição e a espiritualidade; tanto as do paciente como as do profissional que o assiste. Para Röhr (2012), a intuição é algo que se tem convicção, mesmo não dispondo de um argumento racional para explicá-la. É uma certeza que:

[...] revela-se mais nitidamente como intuição, quando ela vem de repente, com toda força, não deixando nenhuma dúvida. Mas isso não é necessariamente o caso. Ela pode-se anunciar como um incômodo quase imperceptível em relação a uma posição estabelecida e miná-la no decorrer do tempo, até que a certeza se instala, portanto sem saber fundamentá-la racionalmente. (RÖHR, 2012, p. 24).

Apesar de na “cena” descrita, a comunicação verbal com o paciente está intensamente prejudicada, devido à gravidade de seu adoecimento, a médica apostando no que já conhecia do paciente que acompanhava ou, até mesmo, na própria intuição, inicia uma oração ao seu lado como uma forma de cuidado frente às limitações e possibilidades de que dispõe. A tranquilização do paciente e a mudança em seu semblante mostram que o ato



de cuidado conseguiu agir a partir da conexão entre médica e paciente, por meio da subjetividade e da espiritualidade.

A descoberta de uma doença grave altera radicalmente as relações afetivas, desejos e fantasias dos pacientes. Frente a situações de incertezas, dor e sofrimento, o ser humano é capaz de encontrar novos aprendizados para a existência, seus relacionamentos são ressignificados e o contato significativo com as pessoas, seja com familiares ou com profissionais de saúde, passa a representar a essência de um cuidado que sustenta a fé e a esperança. Orar ou rezar, para muitas pessoas, é uma maneira de expressar a espiritualidade e de ter forças para suportar as adversidades. Considerar a dimensão da espiritualidade no cuidado é também respeitar e não invadir o outro, com uma prática ou religiosidade que não tenha significado para ele (ARAÚJO; SILVA, 2012). Na direção apontada temos a narrativa de outra colaboradora da pesquisa:

Usar a crença do paciente, no momento da morte, traz um alívio muito grande. Muito grande. A pessoa sai do desespero. É um instrumento: você conversa, você acalma a pessoa, ela vai se entregando; e ajuda. [Fragmento de entrevista – Profa. Dilma Lucena].

Ante a percepção dos limites da medicina científica, centrada no conhecimento biológico, pensava-se em meados do século XX que, para responder a complexidade dos problemas de saúde e resgatar o “verdadeiro sentido de cuidar” nos profissionais de saúde, a solução seria a aproximação a conhecimentos das ciências humanas e sociais. Mas, as ciências, sejam elas biológicas, sociais, humanas, ou físicas, em seu modo de organizar os conhecimentos e o olhar para a realidade, não são



capazes de dar conta de compreender a totalidade do mistério da vida (VASCONCELOS, 2015).

Portanto, para trabalhar com pacientes com doenças ameaçadoras da vida e ajudá-los nos enfrentamentos, é necessário ter a sensibilidade para acolher a história de vida do outro, sem julgá-lo, para assim, envolver-se no cuidado integral: físico, psíquico, social e também espiritual.

Os profissionais de saúde se veem cotidianamente confrontados com a vulnerabilidade humana e a dinâmica subjetiva complexa e intensa que a acompanha. É como se estivessem sentados na primeira fila do teatro da vida, uma oportunidade inigualável para adquirir maior compreensão da natureza humana. Mas o olhar adestrado, que lhes foi imposto pelo modelo biomédico, com sua visão dualista que separa as dimensões materiais das subjetivas, é um grande empecilho para que se envolvam com o drama humano de que cuidam. Para cuidar da pessoa inteira, é preciso estar presente como pessoa inteira. É preciso ter desenvolvido e integrado, em si, as dimensões racional, sensitiva, afetiva e intuitiva. (VASCONCELOS, Eymard, 2015, p. 67-68).

Varela (1995) é um dos autores que combate essa concepção racionalista e cartesiana do conhecimento. Ele defende a ideia de inacabamento do mundo vivo, de modo que os seres estão encarnados no mundo por meio de suas vivências e historicidade. Esse autor desenvolveu o conceito de enação, ou seja, nossas faculdades cognitivas estão indissolivelmente ligadas as nossas percepções e ações, e em constante transformação pela indissociabilidade do viver/aprender. Assim, a cognição, não é a representação de um mundo dado, elaborada por uma mente

predefinida. É a conjugação de uma rede complexa de atores e de ações executada no mundo, e por ele sentida.

[...] as unidades apropriadas de conhecimento são, antes de mais nada, concretas, corporificadas, vividas. O conhecimento é contextualizado, e sua unicidade, sua historicidade e seu contexto não são “ruídos” que impedem a compreensão do fenômeno cognitivo em sua verdadeira essência, a de uma configuração abstrata. O concreto não é um degrau para algo diverso: é como chegamos e onde estamos. (VARELA,1995, p. 17).

Acompanhar situações práticas do lidar com a morte no cotidiano, e mesmo na realidade dos pacientes e dos familiares, representa uma oportunidade de reflexão interior sobre o papel que a própria morte pode ter em nossa vida, possibilidade de descobrir dimensões insuspeitas da própria vida.

O estudo do lidar com a morte, assim como o cuidado de pessoas que estão morrendo, não pode prescindir “uma pesquisa transdisciplinar, na medida em que a compreensão do mundo presente, passa pela compreensão do sentido da vida e do sentido da morte neste mundo que é o nosso” (BASARAB, 1999). A transdisciplinaridade segundo Basarab (1999) “diz respeito àquilo que está ao mesmo tempo entre as disciplinas, por meio das diferentes disciplinas e além de qualquer disciplina”; busca um conhecimento integral do todo, fundante para a compreensão do mundo e do viver.

O ensino tradicional, centrado em conhecimentos técnicos por meio de disciplinas bastante especializadas, pode gerar no estudante um olhar fragmentado. Isso prejudica uma compreensão ampliada do processo de adoecimento e morte que envolve diferentes formações, teorias e abordagens. A

ciência moderna estuda cada problema de forma disciplinar e especializada, mas o paciente e sua família demandam uma atenção integral, que muitas vezes não se alcança com a junção de conhecimentos especializados e fragmentados.

Para a compreensão da totalidade, não basta o estudo minucioso de cada parte e de cada aspecto. É fundamental perceber a articulação, sempre surpreendente, entre os vários elementos constituintes da realidade. O todo é muito mais do que a soma das partes. E para essa compreensão totalizante, a intuição e a emoção são muito importantes. Elas geram impressões, imagens e ideias sintéticas sobre os acontecimentos que são fundamentais para uma percepção globalizante. (VASCONCELOS, 2013, p. 376).

É fato que a formação dos profissionais de saúde ainda está muito focada na dimensão biológica, por meio do conhecimento científico especializado, que pouco dialoga com as experiências de vida integral e de transcendência das pessoas e comunidades. Um exemplo disso, podemos ver no fragmento abaixo, no qual o colaborador, Prof. Eduardo Simon, narra a reação e a fala de estudantes de Medicina, após uma visita domiciliar a um paciente com câncer, na qual a principal terapêutica usada pelo professor não foi um medicamento ou exame, mas a escuta, o toque e a compaixão, guiados pela intuição de cuidador.

Nessa visita, quando a gente foi embora os meninos falaram: 'Ah, você parecia até um padre falando com o cara'. Aí, tu vê que não é a escola médica que vai mudar isso sozinha; é a cabeça dos caras [estudantes],

é a representação social. O cara achar que abordar um paciente daquela forma parece um padre! É interessante... São sentimentos confusos que o estudante vivencia. E aí, eu tentei trazer o seguinte: 'não, tudo bem, pode até parecer um padre, mas vocês não podem esquecer que isso é papel do profissional de saúde. Isso é uma abordagem profissional, de saúde. Não é coisa de padre, não. Não tem nada a ver com a assistência religiosa, espiritual, sacerdotal... É saúde!' [Fragmento de entrevista - Prof. Eduardo Simon].

Para Cicely Saunders (1991) - que inaugurou o moderno movimento *Hospice*, ancorado em propostas para a humanização do processo de morrer - o cuidado ao paciente com uma doença ameaçadora da vida e a seus familiares deveria ser uma combinação de cuidados de excelência aliado a um apoio holístico, que reconhecesse suas necessidades, tanto práticas quanto emocionais, sociais e espirituais. Assim, a espiritualidade não se contrapõe à avaliação criteriosa da observação e da razão.

Porque, muitas vezes, na medicina a gente é ensinado a deixar de lado os sentimentos e, aí, a espiritualidade nem entra como possibilidade, porque não faz parte da racionalidade científica positivista. Então, há uma negação total dos sentimentos. E eu acho que essas questões são importantes: poder trazer a espiritualidade para o contexto. Se o paciente tem alguma crença e ele concorda e está afim, poder orar junto com o paciente ou poder reunir a família, poder conversar todo mundo em roda, poder ajudar as pessoas a se despedirem, a falarem das coisas, o quanto gostam um do outro. Eu acho que isso é uma questão fundamental. [Fragmento de entrevista - Prof. Alexandre Melo].

Kübler-Ross (1996) destaca, em sua vasta experiência de acompanhamento de pacientes terminais, que a maioria dessas pessoas, apesar das más previsões, conservava um sentimento de esperança que lhes davam força. Os pacientes também demonstravam maior confiança nos médicos que vislumbravam essa esperança. Assim, o estudo e o aprofundamento da espiritualidade na formação médica pode representar a construção de práticas de cuidado mais potentes e significativas, abrindo-se inclusive para as crenças, os sonhos e a transcendência que podem haver na vida e mesmo na morte de nossos pacientes.

Nessa perspectiva, não se pode pensar a educação relacionada à espiritualidade à parte, separada das demais atividades educativas. Para Röhr (2012), ela deve ser pensada como uma educação próxima ao cotidiano das pessoas e não como:

uma atividade que se pode isolar num determinado espaço e tempo, como se pudéssemos dar conta da espiritualidade quando dedicamos certas horas e lugares sagrados a ela, deixando o resto da vida acontecer segundo as leis do profano. (RÖHR, 2012, p. 38).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A obra de Guimarães Rosa vem nos dizer que há uma missão para nós, humanos, ou seja, nos tornarmos, nas mínimas ações, infinitos em nossa finitude. Essa tensão entre finito e infinito é o que nos possibilita enxergar o sem fim, o sem por que da existência, que é grande e



que nos torna infinitos em nossa pobre e rica finitude.
(AZEVEDO, 2010, p.121).

O cuidado em saúde permite “dar vida” mesmo ao “lidar com a morte”, um aprendizado que descobrimos a cada dia no nosso caminhar. Um médico, professor e pesquisador; uma psicóloga, professora e pesquisadora, e o encontro com a vida iluminada pela morte e pela espiritualidade que amorosamente transcende no cuidar. Um convite a se transformar, como uma lagarta que precisa entrar no casulo para virar borboleta. Tornar-se um pesquisador(a)/curador(a) ferido(a), que, ao se questionar e rever-se no casulo de suas próprias sombras e experiências pessoais, transforma-se em um profissional muito mais potente, por não negar a força que o envolvimento pessoal e subjetivo traz para a pesquisa e o cuidado em saúde (VASCONCELOS, 2015).

No dizer de Nogueira da Silva (2014), a valorização da espiritualidade nos Cuidados Paliativos implica em um transcender a morte amorosamente.

Referências

AZEREDO, N. S. G. **O acadêmico de medicina frente à morte**: questões para se (re)pensar a formação. 2007. Dissertação (Mestrado em Pediatria) –Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2007.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. In: AYRES, J. R. C. M. **Cuidado**: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: UERJ/IMS: ABRASCO, 2009.

BASARAB, N. **O manifesto da transdisciplinaridade**. São Paulo: Triom, 1999. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4147299/mod_resource/content/1/O%20Manifesto%20da%20Transdisciplinaridade.pdf. Acesso em: 04 nov. 2018.

FONSECA, A. C.; GEOVANINI, F. Cuidados paliativos na formação do profissional da área de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 1, 2013.

HENZEZEL, M.; LELOUP, J. Y. **A arte de morrer**: tradições religiosas e espiritualidade humanista diante da morte na atualidade. Petrópolis: Vozes, 1999.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996.



MALTA, R.; RODRIGUES, B.; PRIOLLI, D. G. Paradigma na formação médica: atitudes e conhecimentos de acadêmicos sobre morte e cuidados paliativos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 2, p. 34-44, 2018.

MORIN, E. **O homem e a morte**. São Paulo: Imago; 1997.

NOGUEIRA DA SILVA, G. S.; AYRES, J. R. C. M. O médico e os desafios do cuidar diante da morte. In: SANTOS, F. (Org.) **A arte de morrer: visões plurais**. São Paulo: Comenius, 2010.

NOGUEIRA DA SILVA, G. S. A. Humanização do cuidado diante da morte: quando a prática queima os dedos. In: PESSINI, L; BERTACHINI, L; BARCHIFONTAINE, C. P. (Org). **Bioética, cuidado e humanização: sobre o cuidado respeitoso**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola: IBCC Centro de Estudos, 2014. p. 405-427.

OLIVEIRA, J. R. Ensino de bioética e cuidados paliativos nas escolas médicas do Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, 2013.

QUINTANA, A. M. et al. O preparo para lidar com a morte na formação do profissional de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 204-210, 2002.

RIBEIRO, J. R.; POLES, K. Cuidados paliativos: prática dos médicos da estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 3, p. 62-72, 2019.



RÖHR, F. Espiritualidade e educação. In: RÖHR, F. (Org.). **Diálogos em educação e espiritualidade**. 2. ed. revisada. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2012, p. 13-52.

SILVA, G. S. N. **A construção do “ser médico” e a morte**: significados e implicações para a humanização do cuidado. 296p. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Programa de pós-graduação em Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2006.

SILVA, G. S. N.; AYRES, J. R. C. M. A construção do “ser médico” e a morte: significados e implicações para a humanização do cuidado. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Ateliê do Cuidado*. In: Seminário do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde, 7, 2008, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: Editora do Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2008, p. 255-276.

VARELA, F. J. **Sobre a competência ética**. Lisboa. Edições 70. 1995.

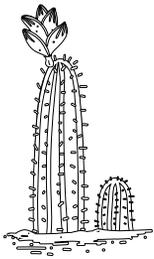
VASCONCELOS, E. M. Podemos ser curadores, mas sempre também feridos! dor, envelhecimento e morte e suas implicações pessoais, políticas e sociais. In: VASCONCELOS, E. M. **A espiritualidade no trabalho em saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2015. p. 268-309.

VASCONCELOS, E.M. A espiritualidade no cuidado e na educação em saúde. In: VASCONCELOS, E. M. **A espiritualidade no trabalho em saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2015. p. 13-157.



VASCONCELOS, M. O. D. **O ensino do lidar com a morte no contexto da atenção primária à saúde no curso de graduação em medicina.** Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) □ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2015. Disponível em: <http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/handle/123456789/19749>. Acesso em: 19 nov. 2017.



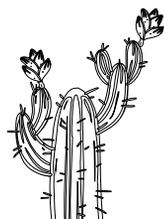


A TERAPIA COMUNITÁRIA E OS ESTUDANTES DE MEDICINA: DAS DORES E ALEGRIAS NO APRENDIZADO DE UM CUIDAR HUMANIZADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

*Neuma Marinho de Queiroz Santos da Costa Cunha;
Geórgia Sibeles Nogueira da Silva*

INTRODUÇÃO

Durante a atuação profissional das autoras deste estudo, foi possível observar que muitas pessoas buscam assistência inúmeras vezes por questões de sofrimento emocional, que acabam repercutindo em sua condição geral de saúde. Alguns desses usuários/pacientes transitam por atendimentos de diversos especialistas e, apesar disso, não recebem o adequado cuidado. Acreditam que o médico trará uma solução mágica para os problemas e na verdade esse processo acaba se repetindo ciclicamente, uma vez que as “medicações” não conseguem combater as “doenças”, haja vista que as motivações em grande parte surgem de “dores da alma”.



Diversos autores alertam sobre a existência de críticas, com repercussão mundial, sobre a forma como a Medicina está constituída e ao modelo médico, que privilegia a doença e não o doente. Defendem a necessidade de resgatar a relação humanizada entre médico e paciente, direcionando a escuta terapêutica não só para os relatos objetivos da doença, mas para todos os aspectos que permeiam o adoecer (AYRES, 2009; TESSER, 2009; SILVA JUNIOR, 2006; CAMARGO JÚNIOR, 2006; MARTINS, 2004, NOGUEIRA DA SILVA; 2014).

Nessa direção é conhecido o fato da Terapia Comunitária Integrativa (TCI) ser um espaço comunitário onde se procura partilhar experiências de vida e sabedoria de forma horizontal e circular, onde se estimula a corresponsabilidade na busca de soluções e superação dos desafios do cotidiano, em um ambiente acolhedor e caloroso (BARRETO, 2008).

Dessa perspectiva, surge a seguinte questão: É possível que a vivência da TCI no curso do internato de MFC, possa favorecer o desenvolvimento de conhecimentos na abordagem da pessoa e não, da doença, condição essa fundamental para melhorar a atuação e a competência deste profissional?

O potencial de aprendizado que a TCI pode ofertar aos seus participantes em qualquer contexto tem merecido atenção e reconhecimento. Sabemos que na oportunidade em que a TCI foi criada, o Dr. Adalberto Barreto lançou mão desse cenário, para incluir estudantes de Medicina e Psicologia na proposta, como parte importante na formação enquanto futuros profissionais.

A TCI é um método terapêutico criado pelo professor Adalberto Barreto, da Universidade Federal do Ceará (UFC). Surgiu a partir de uma crescente demanda de pessoas com sofrimento emocional que buscavam apoio jurídico na comunidade de Quatro Varas, na favela do Pirambu, em Fortaleza

– CE; entretanto, muitas dessas questões, não se resolviam com intervenções judiciais. Verificou-se a importância de oferecer um suporte para as “dores da alma” dessa população. Foi então convidado o Dr. Adalberto Barreto, médico psiquiatra, professor da Faculdade de Medicina da UFC para atender a essa comunidade (ANDRADE et al., 2009).

Os atendimentos médicos inicialmente de forma individual, com prescrições medicamentosas, assim como os realizados em nível hospitalar e ambulatorial, rapidamente foram sendo modificados, observando-se que a lógica das consultas médicas prescritivas, não atenderia às necessidades daquele universo, quer seja qualitativa ou quantitativamente.

Seria necessário construir outra forma de abordagem, mais eficaz e resolutive. Com a terapia comunitária o conhecimento técnico não deve ser relegado a um segundo plano em prol do plano relacional. Além de não abrir mão do conhecimento técnico e da comunicação dialógica, outros saberes também deveriam compor o processo do cuidado, especialmente na TCI, que se apoia substancialmente no conhecimento popular (SILVA et al., 2019).

Os encontros são divididos em cinco etapas: o acolhimento do grupo, a escolha do tema, a etapa de contextualização do problema, a problematização propriamente dita e o encerramento.

Nesse percurso, a TCI vem se consolidando ao longo dos anos como uma prática com contribuições para a qualidade de vida das pessoas, com resultados relevantes na atuação junto às comunidades, em especial com maiores vulnerabilidades sociais, o que possibilitou que adquirisse status de política pública nas esferas municipal, estadual e federal (CAMAROTTI, GOMES, 2008).

Tais benefícios fundamentaram a TCI como uma política em várias áreas, a saber: educação, saúde, segurança pública,

justiça e ação social, com boa efetividade e baixo custo (GUIMARÃES, VALLA, 2009). A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), define responsabilidades institucionais para a implantação e implementação das práticas integrativas e complementares (PICS), inclui a TCI e orienta que estados, distrito federal e municípios instituíam suas próprias normativas, trazendo para o Sistema Único de Saúde (SUS) práticas que atendam às necessidades regionais (PORTARIA Nº 849, DE 27 DE MARÇO DE 2017).

Introduzir os alunos do internato de Medicina nos encontros de TCI, como parte do processo ensino-aprendizagem, em especial no universo da APS/Estratégia de Saúde da Família (ESF), buscando-se favorecer a ampliação de sua percepção quanto ao contexto social dos pacientes assistidos em consultas ambulatoriais e domiciliares, contribuindo para uma abordagem integral, envolvendo os estudantes em uma perspectiva ampliada do cuidado em saúde, é fundamental em sua formação, independentemente da especialidade que o futuro médico irá exercer (NEDER, PINHEIRO, 2010; MORAES, 2008; CUNHA, 2005; RIBEIRO; AMARA, 2005).

Com o objetivo de compreender, se a concepção do estudante e futuro médico, acerca da importância do vínculo, do cuidado e do diálogo nas relações que estabelece durante o processo de trabalho e, conseqüentemente, na vida, pode ser ampliada após a vivência realizada nos encontros de terapia comunitária, é que dirigimos nosso olhar para empreender o projeto de pesquisa de Mestrado que deu origem a este texto, trazendo para o diálogo um recorte sobre a vivência do estudante de Medicina com Terapia Comunitária na APS/ESF a partir das dores e alegrias desse processo.

PERCURSO METODOLÓGICO

Foi realizada uma pesquisa qualitativa, corroborando a perspectiva de Minayo (2007), ao defender que a pesquisa qualitativa é importante para compreender os valores culturais e as representações de determinado grupo sobre temas específicos. A pesquisa foi aprovada pelo CEP-HUOL nº CAAE: 18196813.2.0000.5292 (ANEXO 1), respeitou as regras éticas em conformidade com a Lei 196/96; CEP-HUOL.

O Instrumento utilizado foi a entrevista em profundidade com roteiro, uma vez que se trata de ferramenta decisiva para o alcance dos sistemas de valores mais importantes, as referências normativas, as interpretações que os indivíduos dão às situações conflitivas e as experiências vivenciadas (MINAYO, 2007). As entrevistas foram gravadas com anuência do entrevistado, sendo posteriormente transcritas, e as observações anotadas em diários de campo. As transcrições obedeceram rigorosamente à forma pela qual o sujeito se expressa, incluindo eventuais erros, pausas, repetições, hesitações ou truncamento de palavras.

Para análise e interpretação das entrevistas recorreremos à Hermenêutica Gadameriana. O propósito da hermenêutica é esclarecer o milagre da compreensão, descobrindo os sentidos das ações humanas. O autor nos ensina que todo conhecimento do mundo é mediado pela linguagem e que todo ato de compreender significa entender-se com outro a respeito de algo (GADAMER, 2002).

Os colaboradores desta pesquisa foram estudantes do curso de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, do décimo ao décimo segundo período. A seleção foi intencional, com a perspectiva de possibilitar a participação de alunos do décimo ao décimo segundo período, que tivessem

vivência com a terapia comunitária. Os critérios de inclusão dos alunos foram: a) ser aluno do curso de Medicina da UFRN; b) já ter concluído o nono período; c) ter realizado o Internato de Medicina de Família e Comunidade na USF da rede municipal, que desenvolve o trabalho com encontros de Terapia Comunitária; e d) estar em condições físicas e psíquicas de dar o consentimento livre e esclarecido para participar da pesquisa.

A realização da pesquisa de campo ocorreu nas dependências do curso de Medicina, no prédio onde funciona a Unidade de Medicina Familiar Comunitária, em uma das salas e com total privacidade.

É importante lembrar que na pesquisa qualitativa o tamanho da amostra não se considera relevante, nessa investigação o pesquisador substitui as correlações estatísticas pelas descrições, e as conexões causais pelas interpretações (TURATO, 2005). Do total de 11 estudantes, 4 são homens e 7 são mulheres. Com a finalidade de preservar a identidade de nossos colaboradores, atribuímos ao grupo, nomes de pássaros para denominá-los em todo o relato.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Discutiremos acerca da interação dos alunos colaboradores do estudo com a TCI e a ESF, observando de que maneira essa vivência pode ter contribuído em sua formação e no aprendizado para se tornarem médicos.

O trabalho na ESF requer do profissional um preparo que vá além da técnica de uma “boa formação”. É preciso assumir um compromisso de responsabilização com essa clientela,



sabendo-se quais as suas maiores necessidades, o que requer aproximação, conhecimento, construção de vínculos e olhar integral sobre os principais problemas da comunidade.

Atualmente, a solidão e o individualismo das pessoas nas grandes cidades vêm abrindo espaço à violência, sofrimentos emocionais e às dependências químicas - o que se reflete na complexidade dos problemas de saúde. No entanto, tais problemas podem ser superados se despertarmos as competências latentes na própria comunidade (ANDRADE et al., 2009).

A TCI, por sua vez, é reconhecida como um espaço que promove e ensina sobre o cuidado humanizado, por possibilitar o vínculo com os usuários e um modelo de como desenvolver habilidades como: empatia, respeito, promoção da autonomia, desenvolvimento de vínculos e, principalmente, o aprendizado quanto à potência presente na escuta qualificada.

Das dores: as dificuldades no cotidiano da APS/ESF

Inicialmente, abordaremos as situações citadas como as “mais difíceis” no cotidiano dos estudantes, ao longo desse período em que estão empenhados no aprender a ser médico durante a experiência na ESF.

Estudos demonstram que parece haver uma desconexão entre o que os futuros médicos vislumbram para suas carreiras e as necessidades do SUS. Dentre as hipóteses explicativas para essa questão, destacam-se o pouco prestígio do profissional na APS, baixos salários e pouca vivência em atenção primária durante a graduação (CAVALCANTE NETO et al., 2009). Uma questão claramente demonstrada é a complexidade de realizar

uma abordagem integral do indivíduo, com base na clínica ampliada, o que pode ser evidenciado em todas as falas, de maneira direta ou indireta.

Acho que pacientes [...] aquele pessoal mais vulnerável socialmente, que lida com drogas [...] que tem [...] eh [...] eh [...] alguma relação com esse problema [...] termina sendo um desafio maior. Tanto pela insegurança da gente [...] quanto pela [...] dificuldade de [...] de se instituir qualquer tipo de terapêutica” (TICO-TICO*-10º PERÍODO).

Assim, as principais dificuldades são os insumos oferecidos pelo Sistema Único de Saúde, que às vezes limita um pouco [...] eh [...] eh [...] a conduta que a gente vai fazer com o paciente e a própria situação econômica do paciente... (ARARA*-10º PERÍODO).

Como maior dificuldade, surge na maioria dos relatos, a complexidade de realizar o cuidado de um paciente em situação de risco e vulnerabilidade, com maior ênfase nos casos onde há dependência química e violência, e também privação socioeconômica, contribuindo para agravar a insuficiência familiar. Outros aspectos também relatados são as dificuldades no processo de comunicação e as dificuldades com insumos no SUS.

Com certeza é a parte de [...] de doenças mentais quando aparece [...] a gente tem muita dificuldade [...] é muito complicada a abordagem (SABIÁ*- 12º PERÍODO).

É mais difícil quando você está tendo esse contato com o paciente [...] é você dar de cara com problemas que você, aparentemente, não tem como resolver. É um mundo em que você é treinado muito para [...] para resolver os problemas [...] Como é que eu posso dizer? Os problemas [...] orgânicos daquele paciente, né? Você vai identificar uma doença, você vai tratar, mas e os problemas sociais? Uma pessoa que [...] que sofre violência doméstica, por exemplo, como é que você vai interferir nisso [...] nisso diretamente? Uma pessoa que apesar de sofrer violência doméstica não quer denunciar o acompanhante, por exemplo. Uma pessoa que sofre porque tem que tomar conta de um parente em casa e não tem quem ajude. Muitas vezes você não tem como intervir nisso diretamente, né? (JOÃO-DEBARRO*- 11º PERÍODO).

Aqui foi possível observar os conflitos emocionais enfrentados pelo estudante de Medicina quando se percebe “impotente” diante da impossibilidade de “tratar e resolver” os sofrimentos dos pacientes desencadeados pela vida cotidiana, a capacidade de lidar com a Medicina da “vida real”, fora dos ambulatórios especializados de um hospital universitário, onde aparentemente tudo pode ser “organicamente tratado”. Até a oportunidade do encontro com a TCI, para esses alunos não era considerada a possibilidade da escuta qualificada, importante tecnologia leve do cuidado, como uma ferramenta terapêutica realmente eficaz e transformadora na vida das pessoas.

Das alegrias: quando o cuidado é vivenciado

Quando vivenciamos uma relação médico-paciente bem-sucedida, surgem sentimentos nos profissionais, capazes de promover uma maior satisfação com o trabalho, a redução do nível de estresse e a possibilidade de refletir sobre sua própria vida, enquanto se reflete sobre a vida do outro. Essas situações em geral estão relacionadas à demonstração, por parte do paciente, de maior satisfação com o médico, maior adesão terapêutica e melhora da sintomatologia apresentada, dentre outros (STOCK et al., 2012).

Nesse sentido, as vivências com a TCI contribuem com a clínica ampliada, potencializam a percepção dos profissionais para com os clientes, melhorando o vínculo, adesão terapêuticas por parte da clientela, bem como agregam maior credibilidade do serviço (MENEZES JR et al., 2019; FORTE, PEREIRA 2019). Tais sentimentos foram observados nas narrativas dos colaboradores do nosso estudo.

Na maior parte dos relatos, os momentos em que sentem mais satisfação no exercício da Medicina, são quando conseguem desenvolver uma relação médico-paciente embasada no vínculo, e a capacidade de realizar um cuidado que proporciona a longitudinalidade no cuidado a esse paciente; destacam também os momentos em que conseguem observar uma atitude de reconhecimento por parte do paciente, que considera ter recebido um cuidado médico de boa qualidade.

...quando aquele paciente dá um pouco mais de trabalho, a equipe [...] reconhece ele como um paciente que precisa mais de uma atenção pra poder [...] se soltar [...] pra poder

[...] conseguir [...] a gente conseguir fazer a coleta de um bom histórico [...] tudo direitinho. (SABIÁ*- 12º PERÍODO).

Bom, eu me senti muito gratificada, assim, em algumas vezes que eu atendi bem o paciente, e assim, ele [...] eu nem [...] **eu estava atendendo normal, e ele reconheceu que eu dei uma atenção a mais, que eu tratei bem, e que eu examinei ele, que outros médicos não tinham examinado** [...] Assim, o reconhecimento que outros pacientes queriam voltar para mim apesar de eu ser estudante, achavam que eu era médica, e queriam voltar. E a gente resolveu o problema daquele paciente, e ele, assim, ‘vim’ agradecer [...] (GARÇA-AZUL*- 12º PERÍODO).

As narrativas ilustram a satisfação e alegria dos estudantes ao descobrirem sobre o realizar um cuidado humanizado, no sentido defendido por Ayres, quando diz que cuidar de alguém é mais do que construir um objeto e intervir sobre ele. “O cuidado busca ser um ‘espaço relacional’, que trata o assistido também como sujeito” (AYRES, 2004a).

Nessa direção a narrativa de Beija-flor ilustra a potência de uma escuta qualificada, o resignificar do seu olhar para o cuidar humanizado, como nos ensina Nogueira da Silva (2014): “Humanizar o cuidado é garantir à palavra sua dignidade ética, ao permitirmos que o sofrimento, a dor e o prazer possam ser expressos em palavras e reconhecidos pelo outro”.

Mas aqui[...] eu percebia que[...]que **só o fato de a pessoa falar, compartilhar**, perceber que a outra pessoa também tem problema, perceber que são pessoas diferentes, que vivem, cada uma, dificuldades diferentes[...]**eu acho que,**



pelo menos eu vi que[...]isso tem um[...]um efeito muito positivo. E o efeito que isso causa[...]é[...]é[...] é uma coisa inexplicável (BEIJA-FLOR* –10º PERÍODO).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Investigar a vivência de estudantes de Medicina com a TCI durante o internato de Medicina de Família e Comunidade não é tarefa simples. Observamos que até o ingresso no internato de MFC, o instrumento da TCI era absolutamente desconhecido para todos os alunos, entretanto a maioria do grupo conseguiu compreender os objetivos de realização dessa estratégia na APS, após vivenciar o método.

Diversas condições aparecem, nas narrativas dos colaboradores, relacionadas como importantes para a prática do cuidado humanizado, a exemplo de: vínculo, longitudinalidade do cuidado, boa habilidade de comunicação, valorização da participação social, autonomia do sujeito, empoderamento da comunidade, acolhimento, ambiência adequada e cuidado com questões éticas, escuta qualificada.

Durante a atuação do estudante na ESF, a vivência com a TCI permite a constatação, na prática, da complexidade que exige o cuidado integral com o paciente. Em todos os relatos, surgem considerações que demonstram as dificuldades dos alunos quando se deparam com oferta de cuidado a um paciente em situação de risco e vulnerabilidade social. Relacionam a vivência da TCI com a oportunidade de refletirem sobre sua prática estudantil e possibilidade de aprendizados com múltiplos saberes, destacando a resiliência, desenvolvimento de

habilidades de comunicação, sensibilização à escuta do outro e construção de vínculos. Aspectos que são refletidos no aspecto prático com mudanças de atitude, estando mais preparados para a realização do cuidado humanizado a um paciente.

Assim, observamos, a partir das narrativas, que a experiência com a TCI permite a aquisição de algumas competências para o exercício do Cuidado Humanizado, sim.

Acreditamos ser primordial o investimento em modalidades de ensino que estimulem o futuro médico a refletir sobre as situações de sofrimento que escapam de sua “potencialidade curativa”, e que, apesar disso, podem ser enfrentadas a partir de tecnologias leves do cuidado, possibilitando evidente melhora no bem estar do outro, como se observa nos encontros de TCI.

Este estudo sinaliza que a TCI possui grande potencial para se configurar em uma estratégia pedagógica capaz de facilitar a aquisição de cuidado humanizado, promovendo o alcance dos conhecimentos e o início do desenvolvimento de habilidades e atitudes que podem ser consolidadas com a continuidade de outras estratégias, que busquem também desenvolver tal competência - a aquisição da capacidade de realizar Cuidado Humanizado.

Referências

ANDRADE, L. O. M. et al. **O SUS e a terapia comunitária.**

Fortaleza: Ministério da Saúde, 2009.

ARAUJO, M. A. M. et al. A terapia comunitária: criando redes solidárias em um Centro de Saúde da Família. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. 19, p. 71-76, jun. 2018.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 8, n.14, p.73-92, set. 2003, fev. 2004a.

BARRETO, A. P. **Terapia comunitária: passo a passo.** 3. ed. Versão revisada e ampliada. Fortaleza: Gráfica LCR, 2008.

BORGES, C. C.; JAPUR, M. Promover e recuperar saúde: sentidos produzidos em grupos comunitários no contexto do Programa de Saúde da Família **Interface. Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n.18, p. 507-19, set./dez. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 849. Inclui a arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga à política nacional de práticas integrativas e complementares. Brasília, DF. 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html. Acesso em: 17 ago. 2020.



CAMAROTTI, M. H.; GOMES, D. O. Terapia comunitária: circularidade nas relações sociais. In: OSÓRIO, L. C.; VALLE, M. E. P. **Manual de terapia familiar**. Rio Grande do Sul: ArtMed, 2008.

CAVALCANTE NETO, P. G.; LIRA, G. V.; MIRANDA, A. S. Interesse dos estudantes pela medicina de família: estado da questão e agenda de pesquisa. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 198-204, jun. 2009.

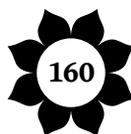
CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.

FORTE, M. P. N.; PEREIRA, A. S. G. A implementação da terapia comunitária integrativa em uma unidade de saúde e seu auxílio no cuidado integral: um relato exitoso. **Rev. Med. UFC**, Fortaleza, v. 59, n. 4, p. 34-38, out./dez. 2019

GADAMER, H. G. **Verdade e método I**. Petrópolis, RJ: Vozes; 2002.

GUIMARÃES, M. B. L.; VALLA, V. V. Terapia comunitária como expressão de educação popular: um olhar a partir dos encontros com agentes comunitários de saúde. In: REUNIÃO ANUAL DA ANPED, 32., 2009. Minas Gerais. **Anais...** Minas Gerais: ANPED, 2009. Disponível em: <https://anped.org.br/sites/default/files/gt06-5115-int.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2016.

MENEZES JÚNIOR, J. O. et al. O impacto positivo na produção do cuidado e atenção em saúde mental através da terapia comunitária integrativa. **Temas em Saúde**. João Pessoa, v. 19, n. 4, p. 193 - 216, 2019.



MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MORAES, M. N. et al. Terapia comunitária: fortalecendo vínculos solidários entre estudantes universitários. In: ENCONTRO DE EXTENSÃO, XI, 2009, Paraíba. **Anais...** Paraíba: UFPB-PRAC, 2009.

NEDER, C. R.; PINHEIRO, S. A. Terapia comunitária em ambulatórios universitários. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 520-525, 2010.

NOGUEIRA DA SILVA, G. S. A humanização do cuidado diante da morte: quando a prática queima os dedos. In: PESSINI, L., BERTACHINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. (Orgs). **Bioética, cuidado e humanização**: sobre o cuidado respeitoso. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola: IBCC Centro de Estudos, 2014, p. 405-427.

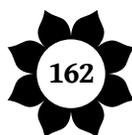
RIBEIRO, M. M. F.; AMARA, C. F. S. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 90-97, jan./abr. 2005.

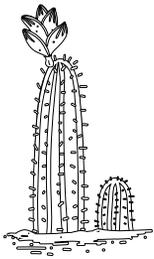
SILVA, N. E. K.; PARO, C. A.; SILVA, M. V. Terapia comunitária integrativa como tecnologia social: avanços e desafios. **Revista Temas em Educação**, v. 28, n. 1, p. 150-170, abr. 2019.

STOCK, F. S.; SISSON, M. C.; GROSSEMAN, S. Percepção de estudantes de medicina sobre aprendizagem da relação médico-paciente após mudança curricular. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 5-13, mar. 2012.



TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p.507-514, 2005.





TENDA DO CONTO PARA HOMENS:

QUANDO É POSSÍVEL FALAR DE
DENTRO DO CORAÇÃO DA GENTE

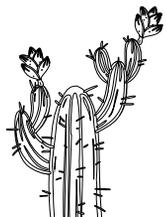
Joseane da Rocha Dantas Cavalcanti
Geórgia Sibeles Nogueira da Silva

INTRODUÇÃO

*“O homem também chora, menina
morena. Também deseja colo,
palavras amenas...”.(Gonzaguinha)*

Quando é possível, um homem, falar de dentro do seu coração? Sim, os homens também choram, mas será que conseguimos enxergar e acolhê-los?

Se por um lado, a omissão em relação aos cuidados com a saúde parece ser proporcional à pretensa força e invulnerabilidade que os homens aprendem que têm que possuir, fato que os impossibilitaria desde cedo que se percebam como passíveis de doenças; por outro lado, a assunção determinista e generificada dessa forma de vivenciar a masculinidade torna invisível a presença dos homens quando procuram por cuidados nos serviços de saúde (SILVA, 2001; COUTO *et al.*, 2010; NOGUEIRA DA SILVA, 2013).



O fato é que a forma com que os serviços de saúde lidam com as necessidades dos homens, muitas vezes, é insuficiente para suprir as demandas e identificar tantas outras necessidades de cuidado masculino, uma vez que os profissionais de saúde corroboram muitas vezes com o preconceito de que homem não se cuidar é algo cultural. Nesse sentido, faz-se necessário discutir sobre masculinidade e identificar recursos para de fato efetivar políticas de saúde que reconheçam a importância de acolher esse público, valorizando especialmente os agravos que não são tomados e valorizados como problema de saúde pública (CESARO; SANTOS; SILVA, 2018).

Instigadas pelo desejo de contribuir com a construção de práticas capazes de cuidar integralmente dos homens nos serviços da Atenção Primária a Saúde (APS), uma orientanda e sua orientadora vivenciaram no Mestrado Profissional em Saúde da Família no Nordeste da Rede Nordeste em Saúde da Família (MPSF/RENASF), nucleadora UFRN, a experiência de transformar um projeto de pesquisa acadêmico em uma ousada e instigante aventura que foi possível unir pesquisa, extensão e ensino mobilizando um aprender a fazer em saúde inspirado na Educação Popular em Saúde. Do desejo de trabalharmos com estratégias, tecnologias e práticas de cuidado capazes de estimular a autonomia e protagonismo dos sujeitos, partimos para experimentar e (des)cobrir se a Tenda do Conto, enquanto uma prática de cuidado em saúde, e valendo-se da educação popular, ao utilizar um espaço aberto, no qual os participantes circundam informações e vislumbram afetos, poderia se configurar no âmbito da Estratégia de Saúde da Família em um espaço promotor do cuidado integral e humanizado aos homens, em suas especificidades existenciais.

A Tenda do Conto é considerada uma “prática inventiva”. Esse termo refere-se ao modo criativo de fazer saúde, para além do modo convencional. A prática da Tenda do Conto teve início no ano de 2007 na cidade de Natal-RN, com a Enfermeira Jacqueline Abrantes¹, a partir do momento em que sentiu-se sensibilizada com as escutas das histórias contadas pelos usuários dos serviços de atenção primária, assim percebeu a necessidade que as pessoas tinham de falar sobre si, de contar suas histórias de vida e, principalmente, de serem escutadas (GADELHA, 2008; 2015).

Na escuta dessas histórias, é possível perceber demandas sociais e afetivas, que na maioria das vezes são traduzidas como doenças, constituindo um cenário onde prevalece a medicalização (GADELHA, FREITAS, 2010). A prática da Tenda se fundamenta nos escritos de Paulo Freire, onde usuários e profissionais de saúde partilham sabedorias e experiências de vida, estimulando a corresponsabilidade na busca de soluções e superação dos desafios, valorizando o conhecimento do outro por meio do relato da história de vida de cada um (FELIX-SILVA *et al* 2014).

A metodologia da tenda do conto se assemelha a uma sala de visita, com assentos expostos em círculo, e uma cadeira de balanço coberta com tecidos e almofadas coloridas, próxima a uma mesa com vários objetos expostos, esses objetos são trazidos por quem conduz a tenda, pelos demais profissionais da saúde que compõe a equipe e os próprios usuários dos serviços, que ao receberem o convite para participarem da Tenda, também são convidados a levarem de casa objetos que possam remeter lembranças, amores, dores, tristezas, alegrias ou que tenham alguma representatividade no presente (FELIX-SILVA *et al*, 2014).

1 Criadora da Tenda do Conto.

Os participantes chegam, são recebidos por quem está coordenando e, durante o processo, cada um que se sentir à vontade, senta na cadeira de balanço e a partir do objeto que leva ou a partir de um dos objetos que estão sobre a mesa e com o qual ele se afeta, possam fazer seu conto, contando algo sobre sua vida (FELIX-SILVA *et al*, 2014).

PERCURSO METODOLÓGICO

Com o objetivo de compreender se a prática inventiva da Tenda do Conto pode se configurar como um espaço de cuidado humanizado e integral para a saúde dos homens usuários da Estratégia Saúde da Família foi realizada uma pesquisa intervenção na Unidade de Saúde da Família Luíza Dantas de Medeiros, localizada na cidade de Cuité-PB, mesorregião do Agreste Paraibano.

Adotamos como critérios de inclusão, homens adultos entre 20 e 59 anos de idade, por ser o intervalo de idade proposto na Política Nacional de Atenção Integral da Saúde do Homem (PNAISH). Tentamos atingir esse intervalo de idade, sem excluir homens com menor ou maior idade que participaram assiduamente de, no mínimo, quatro encontros da Tenda do Conto e que aceitaram fazer parte do estudo. Trabalhamos com 9 homens. Inicialmente, foram convidados os homens que já participavam de um grupo de saúde do homem. A justificativa de iniciar com esses homens, deve-se ao fato de já existir um vínculo que facilitava o início de um novo trabalho, porém, não se limitou a esse grupo. Os homens foram convidados pelos

Agentes Comunitários de Saúde (ACS), por meio das visitas domiciliares ou pelos demais membros da equipe.

Foram utilizados como instrumento de acesso as narrativas: entrevistas semiestruturada e a participação na Tenda do Conto. A análise interpretativa das narrativas obtidas nas tendas e entrevistas, foi ancorada na Hermenêutica Gadameriana, segundo a qual devemos compreender o todo a partir da parte e a parte com base no todo. Após a transcrições das gravações, foi operacionalizado a análise por meio de leituras exaustivas e repetidas, que visaram ampliar a unidade do sentido pela concordância de todas as partes singulares com a totalidade compreensiva (GADAMER, 2002).

Com o objetivo de garantir e respeitar os direitos e a liberdade dos colaboradores, observados os princípios éticos, estabelecidos pela Resolução N° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), foram tomadas as devidas precauções. O projeto foi enviado para o CEP e aprovado com parecer de nº 1.440.39 e CAAE de nº 50899615.8.0000.5292. Os participantes receberam nomes fictícios (escolhidos por eles) para garantir o sigilo de suas identidades. Foram escolhidos nomes de homens que têm uma representatividade no imaginário nordestino: Renato Aragão, Luiz Gonzaga, Patativa do Assaré, Chico Anysio, Ariano Suassuna, Dominginhos, Lampião, Luiz Inácio Lula da Silva e Reginaldo Rossi.

Ressaltamos que no âmbito deste escrito fizemos um recorte da dissertação e trabalharemos com as narrativas das tendas.

Durante os encontros das tendas, todos os participantes foram convidados para montar a mesa com objetos que a equipe de saúde e os próprios homens participantes levaram para a realização da Tenda. Os encontros foram iniciados com as boas-vindas aos participantes, enfatizando a importância

de vivenciarmos esses momentos, valorizando as histórias compartilhadas durante as tendas, oportunizando a troca de saberes, valorizando também os participantes enquanto pessoas e proporcionando um vínculo entre profissionais e usuários dos serviços de saúde.

Assim, o convite era lançado para quem estivesse à vontade para sentar na cadeira e fazer seu conto. Sempre era introduzida uma música para inspirar os participantes a contar e encantar com suas histórias. Algumas das músicas utilizadas nas tendas foram: *Disparada*, na voz do cantor e compositor Zé Ramalho; *Casa Amarela*, da autoria do poeta repentista Antônio Jocélio; *Tocando em frente*, na voz de Oswaldo Montenegro; *Paraíba joia rara*, letra e música do compositor paraibano Tom Oliveira; *Vaca Estrela e Boi Fubá (Patativa do Assaré)*; e *Nordestinamente brasileiro*, autoria e voz do poeta Cuiteense (Niedson Lua).

O convite era feito: “A Tenda está posta, a cadeira está vazia, venha fazer seu conto de dor, amor ou alegria.”

RESULTADOS E DISCUSSÃO

*“Prepare o seu coração pra as coisas
que eu vou contar.
Eu venho lá do sertão, eu venho lá do
sertão.
Eu venho lá do sertão e posso não lhe
agradar...”
(Zé Ramalho)*



Primeira Tenda: Quem somos?

Em nossa primeira tenda, houve uma curiosidade dos participantes em ver os objetos que ali já se encontravam, eles olhavam, pegavam um objeto, depois soltava, pegava outro, deixando transparecer que de alguma forma eles eram atraídos e tocados por eles. Naquele momento, não sabíamos se a tenda seria realizada com sucesso, afinal, estávamos iniciando uma experiência inusitada com o público masculino, não tínhamos certeza se eles sentiriam à vontade para expor suas histórias e valorizar aquele momento.

Repentinamente, o nosso primeiro participante pegou o seu objeto posto na mesa, sentou-se na cadeira de balanço e começou a contar um pouco de sua história de vida em versos. Outro participante trouxe uma flauta e a letra de uma música e iniciou a fala dizendo que tinha muito complexo por ser deficiente físico, em seguida leu a letra da música que falava sobre deficiência física e tocou com a flauta.

Alguns chegavam um pouco tímidos, não levavam objetos para a tenda, mas, identificavam-se com os que já estavam expostos na mesa. Alguns objetos foram utilizados pelos participantes para realizarem suas narrativas nessa primeira tenda: fotografias antigas e atuais que registravam participações deles em vários eventos, cartilha do ABC que era guardada com muita estima, um chapéu, que representava as histórias do homem do campo, entre tantos outros.

Eles compartilharam, já na primeira tenda, os primeiros indícios sobre a relação desses homens com suas concepções de masculinidade por meio da centralidade do trabalho na vida deles:

[...] A minha caneta foi o cabo da enxada. O livro foi o próprio chão[...] (Renato Aragão).

[...] Trabalhava com palha, fazendo chapéu né, fazendo esteira de palha (Patativa do Assaré).

Para Nogueira e Miranda (2017), essa atribuição da atividade laboral se reitera como elemento estruturante da identidade do homem, principalmente construído em torno da masculinidade, que se transpassa pela conjunção de trabalhador e provedor da família. Em outras palavras, o homem traz consigo a vinculação, a responsabilidade desse papel de provedor atribuído a eles historicamente, tornando-se prioridade para eles. (SILVA *et al.*, 2010).

Dessa forma, a maioria dos participantes expressou um pouco suas trajetórias de vida e já anunciava-se por meio de versos e da música o quanto a arte seria um recurso que eles trariam para relatar as histórias, as emoções e as dores.

Finalizamos o momento com uma reflexão do nosso primeiro encontro, o qual foi visto de forma positiva por parte de todos presentes. Perguntamos o que haviam achado daquele momento e qual a importância de vivenciarmos. Todos responderam que gostaram muito, porque foi uma novidade para eles contar um pouco de suas histórias de vida, e ficaram perguntando quando seria o próximo encontro. Pelos corredores da Unidade de Saúde, alguns comentaram sobre os objetos que estavam pensando em levar para o próximo encontro.

Assim, percebemos o quanto foi gratificante vivenciarmos aquela experiência, resgatada em suas histórias vividas e representadas, ali, por meio de objetos biográficos que levam



afeto, e representam muito além de um sentimento de utilidade, são capazes de resgatar aspectos do nosso passado e envelhecem com as pessoas e suas histórias (BOSSI, 2003).

Segunda Tenda: Gratidão e Saudade

Essa tenda foi marcada por sentimentos de gratidão, saudade, envelhecimento, necessidade de reconhecimento, afetos, religiosidade e lutos. Eles expressam dores, contando suas histórias com emoção.

Hoje é um grande dia, que me recorda, nunca, nunca deixo de ter o grande prazer, quando acontece a data desse dia. É porque meu pai, ele nasceu no dia de Tiradentes, e ele faleceu em 86. E essa data, toda vida que aparece tá dentro de mim. E eu sinto uma emoção sobre isso, porque meu pai era um grande homem (Lula).

Corroboramos com Felix-Silva *et al* (2014) quando afirmam que as narrativas das pessoas que participam da tenda mostram uma ressignificação da maneira de superar lutos, de enfrentar sofrimento, doenças e dores na medida que são compartilhadas lembranças históricas dos sujeitos.

Eu trouxe aqui uma lembrança que era própria da minha pessoa de 1999, que eu fui uma pessoa feliz, depois que eu perdi minha mãe, perdi o meu pai, fiquei uma pessoa infeliz, mas nunca baixei a cabeça para isso. E peço a vocês que façam a mesma coisa também (Reginaldo Rossi).



Para Lima *et al* (2018), no decurso da realização da Tenda, é perceptível que os julgamentos são deixados de lado e o momento abre lugar para compartilhamentos de dores, saudades, luto, solidão, bem como alegrias e amores.

Nesse sentido, os homens participantes tiveram liberdade para compartilhar lutos e assim vivenciar momentos de ganhos emocionais durante esse partilhar, inclusive desnaturalizando o estereotipo de que a pretensa força/virilidade masculina deve ser de não demonstrar sentimento.

Terceira Tenda: Relatos de afetividade: família, amizade e instrumentos de trabalho.

Em nossa terceira tenda, as narrativas foram em torno das profissões, afetividade por meio das amizades e família.

A minha história é essa cuiezinha de pedreiro. Foi eu com 18 anos só trabaiano na roça, trabaiano de peão mais meu pai, as condições só dava pra comer a força mermo, e as casinha tudo fraca, casinha de taipa, como eu contei, casinha de palha. E eu me dediquei a arte, foi com isso aqui, a primeira colhezinha de pedreiro que eu comprei nova, ainda hoje eu uso ela, que eu levantei a casa minha, dos meus irmão e do meu pai, eu deixei tudo feita de tijolo, com essa colhezinha aqui, eu deixei tudinho casa de tijolo feita pra nossa famia toda (Renato Aragão).

Essa foto foi do dia do meu casamento, graças a Deus eu posso dizer que foi uma loteria pra mim. Que tudo o que eu tenho hoje, eu agradeço a essa mulher aqui,

primeiramente, a Deus né. Quando eu era solteiro não tinha nada, pra não dizer que eu não tinha, tinha uma bicicletinha pra eu rodar e vivia todo final de semana bebendo uma e outra, fumando, festa. Ai graças a Deus encontrei essa (Chico Any시오).

As narrativas apresentadas na Tenda retratam a importância de um espaço de entrega, oportunizando circundar afetos e saberes, podendo ser terapêutico (FELIX *et al*, 2014; CASENOTE; MERHY, 2020).

Assim, vamos nos convencendo do quanto a Tenda do Conto para homens pode se configurar em uma estratégia de cuidado integral. Nessa direção, ancoramo-nos em Ayres (2004) quando nos ensina que a integralidade remete ao cuidado como forma compartilhada de conceber e produzir ações de saúde, apoiada nas trocas intersubjetivas operadas nos encontros entre usuários e equipes de saúde. No âmbito das tendas elas são potencializadas no encontro dos usuários com eles próprios e conosco, os profissionais.

Quarta Tenda: O afeto recordado e vivenciado e a Musicalidade como expressão de vida

Em nossa quarta tenda, antes mesmo de iniciar os relatos, os participantes conversavam entre si e o entrosamento já era visível. Os presentes se mostraram bem participativos durante todo o tempo.

Observamos que nessa tenda, mesmo os mais tímidos, como Reginaldo Rossi, começam a se abrir mais, por meio de recordações mobilizadas pela música, revelando a dor de sua



solidão. Ele diz: “Eu vou cantar essa música através de uma lembrança de amor que eu possuí”.

De hoje e diante eu vou modificar o meu modo de vida.

Naquele instante em que você partiu, destruiu nosso amor

Agora não vou mais chorar, cansei de esperar, de esperar em fim

Pra começar eu só vou gostar de quem gosta de mim.

Para Flusser (2013), a música é uma forma de expressar o que sentimos. Por meio dela, podemos permitir que ouçamos a nós mesmos, podendo ter vários sentidos carregado de emoções e recordações, sendo, portanto, uma linguagem perfeitamente oportuna para ações humanizadas em instituições sociais e de saúde.

Após o compartilhar, a escuta atenta das histórias de vida adquire sentidos, proporcionando um bem-estar por meio do acolhimento aos participantes no espaço vivido na tenda, evidenciados pela alegria dos encontros e o desejo de continuidade. Nunes *et al* (2019) ressaltam que a Tenda do Conto é uma ferramenta que concebe espaços os quais possibilitam encorajar a troca de afetos, bem como a permuta de relatos entre pessoas.

Quinta Tenda: Das demandas de saúde às necessidades de alegria para potencializá-las

Essa Tenda teve uma dinâmica diferente das demais. Foi realizada uma Tenda Temática, com o intuito de provocar a narrativas que explicitassem as demandas de saúde.

A dinâmica consistia em descrever por meio de uma folha de papel a demanda de saúde deles, assim, era pedido que representassem algo que lhes incomodasse e que lhes afligisse na questão da saúde. Após, todos escreverem ou desenharem nas folhas se dirigiam individualmente para a cadeira e falavam sobre o que estava escrito ou desenhado.

Alguns relataram uma perspectiva biologicista de que saúde seria não sentir nada, e outros enfatizavam a visão ampliada de saúde, resumindo em “saúde é viver bem”. Destaca-se no decorrer das tendas para a presença da música, do lazer, e da convivência entre eles como aliados na saúde. Em suas palavras:

É estar bem, é, livre de muitas coisas que atacam os sujeitos como por exemplo a falta de alimento, o uso de droga, é, um lar desarmonioso (Luiz Gonzaga).

[...] por isso que eu digo a alegria tá aqui olhe, a saúde vem da alegria[...] (Renato Aragão).

Peixoto Junior (2010, p. 735), ao abordar sobre a saúde explica que ela tem relação com o estado do corpo em conformidade com as conjunturas da vida, ou seja, “*o que existem são as inumeráveis saúdes dos diferentes corpos em suas singularidades*”.



Merece destaque na tenda do conto com esses homens a presença da alegria como uma força potente no processo saúde e doença. Nas palavras de Nogueira da Silva:

É urgente refletirmos sobre o quanto é preciso abraçar a alegria, os pequenos prazeres diante das dores, para que no processo saúde e doença e em nossas práticas profissionais a vida não fique tão cindida. Uma vez que vida e morte, alegria e dor estão sempre juntos, ainda que por vezes não consigamos enxergar. Portanto, o cuidado diante do adoecimento, implica também em trazer o riso, alegria, o prazer para potencializar a saúde (NOGUEIRA DA SILVA, 2015).

Por sua vez, Reginaldo Rossi revela a dor de sua solidão, cantando um trecho da música Garota solitária, de Ângela Maria: *Essa noite eu chorei tanto/sozinho sem um bem/e o amor todo mundo chora/e o amor todo mundo tem/ eu, porém, vivo sozinho/muito triste sem um bem.*

Portanto, é imprescindível também constatar que os homens no espaço da Tenda do Conto sinalizaram demandas de saúde da ordem da subjetividade, das dores emocionais, que precisam ser reconhecidos como necessidades a serem demandadas e cuidadas. Afinal, como diz o poeta; “o homem também deseja colo, palavras amenas”.

Nessa direção a Tenda do Conto ao se constituir em uma ferramenta na qual os participantes têm a liberdade de escolha e expressão dos seus relatos, torna-se uma estratégia no processo de acolhimento, permitindo, que as pessoas assumam o papel de protagonistas das suas próprias histórias. (CAsENOTE, MERHY, 2020).



Sexta Tenda: A Tenda do Conto e o reconhecimento do outro pela palavra

Nessa Tenda foi sugerido que cada um expressasse o sentido que teve para si as experiências vivenciadas nas tendas, enfatizando as dificuldades e potencialidades. Esse momento foi muito emocionante para todos. Consistiu na última tenda para fins da pesquisa intervenção.

Quando começamos a avaliar as tendas alguns de nossos participantes relataram que iniciaram com timidez, por não ser letrado, alegando também a vergonha, mas as narrativas no final do processo apontam para o desenvolvimento da autoestima, demonstrando o quanto eles encontraram reconhecimento nesses espaços e em suas próprias potencialidades, bem como ensinaram e aprenderam sobre dor, vida e saúde.

É possível dizermos também que essa experiência potencializou o estabelecimento de vínculos, circulação de afetos e mobilização de recursos para o desenvolvimento da autonomia deles. Bem como, corroboramos com Lima et al (2018), quando afirmam que vivências com a Tenda do Conto mostram aproximação e construção de vínculos entre serviço e comunidade.

Assim, a Tenda do Conto surge como um modo de trabalhadores e usuários entrarem em contato com suas potencialidades, por meio do espaço para a fala e a escuta, proporcionando o conhecimento dos sujeitos envolvidos, tornando-se uma potente prática de cuidado integrativa e participativa por meio da circulação de saberes e afetos, causando empoderamento em quem fala e autonomia em quem escuta (GADELHA, 2015).

Mas são os homens em nossas tendas que nos contam melhor sobre o que acontece quando é possível falar o que vem de dentro do coração:

O mais importante que eu achei aqui foi o encontro com todos, porque foi uma alegria estar todos nós juntos, pra gente falar o que vem de dentro do coração da gente (Reginaldo Rossi).

Pra mim foi especial. O que marcou mais pra mim foi o convite de você sair convidando a gente, pra gente participar e botando a gente pra falar sem a gente saber né (risadas). Marcou muito (Lula).

Essas histórias todas contadas por aqui, todos eles têm uma história diferente, todos têm uma história pra contar. Porque a gente tá vivendo e aprendendo cada vez mais com as histórias contadas (Dominginhos).

A aquisição do conhecimento. No sentido de você saber que às vezes você se preocupa com alguma coisa que você está passando ou que passou e quando você escuta o outro, você começa a perceber que não é só você que tem seus pontos positivos e seus pontos negativos, que as outras pessoas também têm, e que isso faz você ficar mais leve, por alguma coisa se você tiver passando (Luiz Gonzaga).

Nogueira da Silva (2014) nos lembra que a humanização das práticas de cuidado, designa-se a dar voz à palavra, à dor, ao



riso, ao reencantamento do homem, com o intuito de cuidar de si, do outro, de tudo e de todos. Vasconcelos (2015, p.13) traduz o que vivemos ao dizer: *“Fica evidente que não se pode sobreviver com saúde sem uma intensa relação solidária com os outros.”*

(IN)CONCLUSÕES

A contação de histórias desses homens, permitiu compreender o quanto ofertar um espaço de fala e escuta de suas alegrias e dores; estas últimas na maioria das vezes silenciadas e guardadas, possibilitaram que se sentissem acolhidos e legitimados para compartilhar, sendo possível assim serem cuidados também emocionalmente. As tendas promoveram um cuidar da saúde masculina além da doença e do cuidado instrumental.

Ao valorizar e acolher as dimensões da subjetividade masculina, o protagonismo diante da saúde, e promover um encontro dialógico, a tenda do conto exerceu um lugar de cuidado humanizado e integral para esses homens no âmbito da APS, e pode continuar inspirando mais práticas que favoreçam o acolhimento às dores existenciais e o reencontro com a potência dos encontros, por serem essas necessidades demasiadamente humanas.

Referências

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.3, p. 16-29, set./dez. 2004.

BOSI, E. **O tempo vivo da memória**. 2. ed. São Paulo: Ateliê Editorial, 2003.

CASENOTE, G. F. N.; MERHY, E. E. Tenda do conto: reflexões da experiência do encantamento no trabalho em saúde. **Psicologia Política**, v. 2, n. 47, p. 178-189, 2020.

CESARO, B. C; SANTOS, H. B; SILVA, F. N. M. Masculinidades inerentes à política brasileira de saúde do homem. **Rev. Panam. de Salud Publica**,v. 42, p. e119, 2018.

COUTO, M. T. et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v.14, n.33, p.257-70, abr./jun. 2010.

FELIX SILVA, A. V. et al. **A tenda do conto como prática integrativa de cuidado na atenção básica**. Natal: Edunp, 2014.

FLUSSER, V. **Músicas do elo**: músicas atuantes humanizando hospitais. São Paulo: Annablume, 2013.

GADAMER, H. G. **Verdade e método**: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.



GADELHA, M. J. A. **Beirando a vida, driblando os problemas:** estratégia de bem viver. 2008, 111 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2008.

GADELHA, M. J. A.; FREITAS, M.S.F.O. A arte e a cultura na produção de saúde: a história da tenda do conto. **Rev. Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, v.2, p.53-58, 2010.

GADELHA, M. J. A. **Artes de viver:** a tenda do conto: recordações, dores e sensibilidade no cuidado em saúde. 198 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2015.

LIMA, M.S.S, et al. A tenda do conto como possibilidade de encontro entre serviço, ensino e comunidade. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.10, n.26, p.101-114, 2018.

NOGUEIRA DA SILVA, G.S. A construção das vulnerabilidades masculinas: uma questão de saúde e violência. Infância e juventudes em contexto de vulnerabilidades e resistências. São Paulo: Editora Zagodoni, 2013.

NOGUEIRA DA SILVA, G. S. A humanização do cuidado diante da morte: quando a prática queima os dedos. In: PESSINI, L., BERTACHINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. (Orgs.). **Bioética, cuidado e humanização:** sobre o cuidado respeitoso. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola: IBCC Centro de Estudos, 2014, p. 405-427.



NOGUEIRA, C. G. M.; MIRANDA, M. H. G. A (re)
produção das masculinidades hegemônicas: homens,
famílias populares e violações dos direitos humanos.
Revista Interritórios, Caruaru,v.3, n.5, 2017.

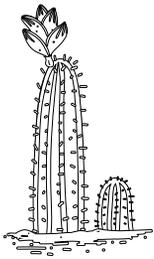
NUNES, J.C.C., et al. Tenda do conto como facilitadora da construção
de vínculos na comunidade. **Brazilian Journal of Surgery and
Clinical Research – BJSCR.**, v.28, n.4,p.17-21, set./nov. 2019.

PEIXOTO JUNIOR, C. A. Algumas considerações
nietzschianas sobre corpo e saúde. **Interface - Comunic.,
Saúde, Educ.**, v.14, n. 35, p.727-38, out./dez. 2010.

SILVA, M. D. C. et al. Resistência do homem às ações de saúde:
percepção de enfermeiras da estratégia saúde da família. **Revista
interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina, v.3, n.3, p.21-25, 2010.

VASCONCELOS, E. M. A espiritualidade no cuidado e na educação
em saúde. In: VASCONCELOS, E. M. **A espiritualidade no
trabalho em saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2015. p. 13-157.





PRÁTICA INTERPROFISSIONAL COLABORATIVA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:

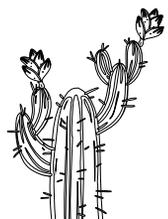
VISÃO DO USUÁRIO

Aracelli Laise Tavares Mendonça
Janete Lima de Castro
Ricardo Henrique Vieira de Melo
Rosana Lúcia Alves de Vilar

INTRODUÇÃO

A crescente complexidade das necessidades de saúde da população, associada a uma contínua fragmentação dos sistemas de saúde no mundo, desafiam a força de trabalho de saúde atual e futura a propor novos arranjos de trabalho para prestar uma atenção à saúde mais segura, efetiva e integral, capaz de responder a problemas de saúde cada vez mais complexos (CECCIM, 2018; ESCALDA; PARREIRA, 2018).

O trabalho interprofissional em saúde, definido como aquele que envolve duas ou mais profissões de saúde e assistência social, em uma prática coesa e colaborativa, para melhorar a abordagem aos problemas de saúde, pode contribuir de forma positiva para o enfrentamento das complexas demandas atuais de saúde, contribuindo para o desenvolvimento de sistemas de saúde mais eficazes (PREVIATO; BALDISSERA, 2018).



Como um arranjo laboral complexo, o trabalho interprofissional é influenciado por fatores relacionais, processuais, organizacionais e contextuais, assumindo diferentes formas, ao considerar aspetos como: identidade compartilhada na equipe, clareza de objetivos, interdependência, responsabilidade compartilhada e atividade a ser desempenhada. Logo, o trabalho interprofissional pode se apresentar nas formas de trabalho em equipe, colaboração e coordenação interprofissional e trabalho em rede (REEVES; XYRICHIS; ZWARENSTEIN, 2018).

O trabalho em equipe é aquele que envolve diferentes profissionais de saúde que compartilham intensamente valores, objetivos e a identidade da equipe, desenvolvendo atividades com interdependência, integração e responsabilidade compartilhada. Nesse tipo de trabalho, o compartilhamento da identidade e a integração dos membros são essenciais. (PEDUZZI; AGRELI, 2018).

A colaboração interprofissional reflete relações de parcerias entre os profissionais de saúde tendo como objetivo aprimorar aquilo que já é produzido pelo trabalho em equipe. Pode ser considerada uma forma mais flexível de trabalho interprofissional, onde a identidade compartilhada e a integração dos profissionais são menos relevantes. De forma semelhante ao trabalho em equipe, a colaboração interprofissional exige responsabilidade compartilhada, interdependência entre os profissionais e clareza de papéis e objetivos (REEVES; XYRICHIS; ZWARENSTEIN, 2018; PEDUZZI; AGRELI, 2018).

Na coordenação interprofissional, aspectos como identidade compartilhada, integração e interdependência são menos importantes, sendo exigido para o bom desempenho do trabalho o compartilhamento de responsabilidades, bem como a clareza de papéis e objetivos. Já o trabalho em rede, é um tipo de arranjo

interprofissional mais aberto, no qual se reconhece ainda maior flexibilidade e menor interdependência das ações, mantendo-se a integração em rede (REEVES; XYRICHIS; ZWARENSTEIN, 2018).

O termo “Prática Interprofissional Colaborativa” se refere à colaboração interprofissional expressa no cenário das práticas de atenção à saúde. Ocorre quando profissionais com diferentes experiências prestam serviços com base na integralidade, envolvendo os pacientes e suas famílias, cuidadores e comunidade para melhoria da qualidade da atenção à saúde em todos os níveis da rede de serviços. Pressupõe a colaboração entre indivíduos com habilidades complementares que interagem para criar uma compreensão compartilhada dos problemas, a qual nenhum deles teria sido capaz de resolver sozinho (PEDUZZI; AGRELI, 2018).

A *Canadian Interprofessional Health Collaborative* (2010) apontou seis domínios essenciais para o alcance de uma colaboração interprofissional eficaz: a comunicação interprofissional; a atenção centrada no paciente; a clareza de papéis profissionais; a dinâmica de funcionamento da equipe; a resolução de conflitos interprofissionais e a liderança colaborativa.

A Atenção Centrada no Paciente constitui um elemento primordial da Prática Interprofissional Colaborativa, contemplando-a como um modelo de atenção à saúde centrada no usuário, nas suas necessidades e na participação efetiva do paciente no processo do cuidado. Nela, os profissionais procuram integrar e valorizar como parceiros, o usuário, a sua família e a comunidade, tendo em vista a implementação do cuidado e da atenção à saúde pautada nas necessidades (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016; PEDUZZI, 2017).

Para o desenvolvimento de uma Prática Interprofissional Colaborativa efetiva, especialmente no contexto da APS

brasileira, faz-se necessário considerar os aspectos que norteiam a Atenção Centrada no Paciente, tais como a oferta de serviços conforme as reais necessidades de saúde dos usuários, as relações de parceria entre profissionais e usuários na atenção à saúde e o reconhecimento do protagonismo do usuário no processo do cuidado em saúde.

Nessa perspectiva, torna-se oportuno analisar o desenvolvimento da Prática Interprofissional Colaborativa a partir da concepção dos usuários, também participantes e protagonistas desse tipo de trabalho interprofissional. Sendo assim, o objetivo desta pesquisa é analisar a visão dos usuários (pais e cuidadores) acerca da PIC desenvolvida durante as consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, compreensivo-interpretativo, de abordagem qualitativa, realizado em Montadas (PB), município de pequeno porte, localizado no agreste paraibano, que dispõe de três Unidades Básicas de Saúde (UBS), na APS, com equipes de ESF, todas matriciadas por um Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

A experiência de Prática Interprofissional Colaborativa no acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD) da criança, a partir da colaboração interprofissional entre as equipes da ESF e do NASF-AB, teve início ainda no ano de 2016, continuando até o período da pesquisa. Os profissionais que

atuavam, nessa prática, eram: enfermeiros; nutricionistas; fisioterapeutas; e fonoaudiólogos.

Na Prática Interprofissional Colaborativa analisada, as consultas compartilhadas eram ofertadas para todas as crianças de 0 a 2 anos de idade, com frequência de agendamento de uma consulta ao mês, sendo desenvolvidas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, por meio do atendimento conjunto e colaborativo oferecido, pelos profissionais envolvidos, à criança e ao cuidador, considerando, tanto competências específicas de cada profissão, quanto competências comuns a todos os profissionais de saúde.

As ações específicas ofertadas eram: anamnese clínica e exame físico da criança; verificação da situação vacinal; avaliação antropométrica; orientação nutricional; vigilância do desenvolvimento neuropsicomotor; e avaliação fonoaudiológica. Enquanto que as ações comuns a todos os profissionais de saúde compreenderam, além do acolhimento e a vigilância dos casos de violência domiciliar e maus tratos, as orientações para higiene, amamentação, cuidados domiciliares, proteção de direitos e prevenção de acidentes domésticos.

Os participantes do estudo foram vinte e cinco mães de crianças de 0 a 2 anos que estavam incluídas no CD, em todas as UBS do município. Foi utilizado como critério de exclusão a participação em menos de seis consultas compartilhadas até o período da coleta de dados. O tamanho da amostra representou 30% dos pais/cuidadores que atenderam aos critérios de seleção (inclusão/exclusão).

O procedimento de coleta de dados ocorreu nas próprias UBS, em meados de 2019, em sala com privacidade, após a consulta do CD, agendada previamente conforme cronograma de atendimentos de cada UBS. Para tanto, utilizou-se um questionário para

caracterização do perfil da amostra e a entrevista semiestruturada, que teve por finalidade explorar as impressões das mães a respeito da Prática Interprofissional Colaborativa desenvolvida, considerando suas potencialidades e fragilidades.

As entrevistas tiveram a duração média de trinta minutos e seguiram um roteiro com perguntas abertas que permitiam o surgimento de novas indagações. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas, posteriormente, para análise.

Os dados coletados foram analisados pela técnica de análise temática de conteúdo, sistematizada em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Na primeira etapa, foi feita a transcrição integral das entrevistas gravadas originando o corpus analítico, a leitura flutuante e a definição das unidades de registros (MINAYO, 2018). Estas tiveram como base as potencialidades e fragilidades da Prática Interprofissional Colaborativa, expressadas nos elementos mencionados no texto. Na fase de exploração do material emergiram as categorias temáticas, a partir das quais foram feitas as interpretações e inferências, baseadas nos referenciais teóricos sobre “interprofissionalidade”.

As diretrizes da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), as quais regem as pesquisas envolvendo seres humanos, foram respeitadas e o estudo foi desenvolvido após aprovação no parecer, de nº 3.027.562, emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os participantes da pesquisa tiveram a seguinte caracterização: eram mães das crianças, a maioria adulta, jovem e genitora de apenas um(a) filho(a), residentes na zona urbana do município, com escolaridade em nível de ensino médio completo, sem vínculo empregatício formal, com dedicação predominante às atividades de cunho doméstico. Quanto à renda familiar, esta era estimada em menos de um salário-mínimo. A tabela 1 apresenta o detalhamento das características sociodemográficas das participantes entrevistadas.

Tabela 1: Características Sociodemográficas das participantes. Montadas (PB). 2019.

Características Sociodemográficas	n
Faixa Etária	
15 - 20 anos	1
21 - 30 anos	15
31- 40 anos	9
Número de Filhos	
1 Filhos	14
2 Filhos	6
3 Filhos	5
Residência	
Zona Urbana	20
Zona Rural	5
Escaridade	
Ens. Fundamental incompleto	3
Ens. Médio incompleto	4

Ens. Médio completo	14
Ens. Técnico Profissionalizante	3
Ens. Superior incompleto	1

Ocupação

Sem vínculo empregatício formal	22
Com vínculo empregatício formal	3

Renda Familiar

Menos de 1 SM	12
1 SM	6
Entre 1 e 2 SM	6
2 SM	1

Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

Emergiram três categorias a partir da análise temática: ‘a Prática Interprofissional Colaborativa como ferramenta para o desenvolvimento do Cuidado Integral em Saúde’; ‘a Prática Interprofissional Colaborativa e a Atenção Centrada no Paciente’; e ‘as Fragilidades da Prática Interprofissional Colaborativa’.

A Prática Interprofissional Colaborativa como ferramenta para o desenvolvimento do Cuidado Integral em Saúde

A primeira categoria temática reuniu as impressões sobre a ampliação do escopo de ações e da resolutividade da consulta de acompanhamento do CD da criança. Foi possível evidenciar

o potencial da Prática Interprofissional Colaborativa na busca por um cuidado mais integral:

O ponto positivo dessa consulta é que envolve a doença, a alimentação da criança e a desenvoltura da criança. Então, abrange o crescimento infantil completo da criança, se está saudável (M3).

Só por tirar dúvidas de alimentação, da saúde geral, de algum problema e do desenvolvimento, em uma só consulta, é mais fácil do que ser encaminhado para outro profissional (M23).

A Prática Interprofissional Colaborativa avaliada se apresenta, na visão das mães, como uma possibilidade de atenção integral à saúde do filho, na qual as mais variadas dúvidas e necessidades podem ser sanadas, com a colaboração e atuação de diferentes profissionais no ambiente de consulta compartilhada. Essa potencialidade apareceu como um contraponto ao modelo biomédico hegemônico, centrado apenas no profissional médico, evidenciando assim o surgimento de uma nova concepção de cuidados em saúde também por parte dos usuários.

Eu falo até para as outras mães que esse acompanhamento é melhor do que a gente vir um dia e passar pelo médico. Porque, quando a gente vem, estão todos os profissionais juntos. É tipo um conjunto (M22).

Uma perspectiva ampliada de cuidado à saúde se refere ao desenvolvimento de uma atenção que busque integrar ações



de promoção, prevenção, recuperação da saúde e reabilitação, respondendo às necessidades dos pacientes sem reducionismo às dimensões de patologia e fisiologia. Essa perspectiva, no que diz respeito à atuação profissional, remete ao reconhecimento da necessidade de um elenco variado de profissionais, de modo a contemplar as variadas dimensões presentes nas necessidades de saúde de usuários, famílias e comunidade, apontando para a tendência crescente de substituição da atuação isolada e independente dos profissionais, pelo trabalho em equipe, pela colaboração interprofissional e pela Prática Interprofissional Colaborativa (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016).

Considerando o contexto da APS brasileira, com ênfase no processo de trabalho das equipes da ESF e do NASF-AB, o exercício de práticas de compartilhamento de saberes e de cuidados colaborativos atua ampliando a capacidade das equipes de atender as necessidades do usuário sob sua responsabilidade, ao mesmo tempo em que garante suporte e retaguarda (MELO; MATTOS, 2018).

A maior parte das mães evidenciou, por meio das falas, que a condição de saúde dos filhos é influenciada positivamente pela prática da consulta compartilhada, acreditando que eles podem ser mais saudáveis pelo fato de estarem recebendo um cuidado em saúde mais integral a partir das ações ofertadas pela Prática Interprofissional Colaborativa.

Acredito que, junto, impacta mais do que separadamente, por conta de toda essa interação. Sempre, cada consulta é um atendimento diferente com os profissionais unidos, dinâmico (M25).



Contribui para ela [criança] ser mais saudável porque tem olhares de vários profissionais diferentes e, não, só de uma especialidade (M20).

Essa percepção corrobora com o referencial teórico atual acerca da colaboração interprofissional, expressa no cenário das práticas de atenção em saúde por meio da Prática Interprofissional Colaborativa, que tem sido identificada como uma estratégia para um cuidado de saúde mais qualificado, ampliado e efetivo, diante das demandas de saúde cada vez mais complexas, sendo apontada como premissa para reorientar o modelo de formação e de atenção à saúde e para elevar a capacidade de resposta às demandas de saúde da população (FREIRE FILHO et al., 2019).

A Prática Interprofissional Colaborativa e a Atenção Centrada no Paciente

Contemplando a segunda categoria temática, as mães evidenciaram que as ações desenvolvidas durante a consulta compartilhada são centradas na criança e nas necessidades delas, como pode ser observado nos fragmentos de fala a seguir:

A consulta está centrada na saúde e no bem-estar da criança. Eu consigo perceber isso (M19).

Acho que tudo é feito pensando no bem-estar da criança, no bem-estar físico, mental, emocional (M20).

Todo o trabalho, todas as dúvidas, são para melhorar a qualidade de vida da criança. Então, nesse caso, o centro é a criança, o atendimento é para ela (M25).

Quando, em seu processo de trabalho, os profissionais norteiam a atenção no usuário e em suas necessidades de saúde, evidenciando a Atenção Centrada no Paciente na prática do cuidado, promovem um deslocamento de foco para um horizonte mais amplo, para além de sua atuação profissional, restrita ao âmbito da profissão e da especialidade. Esse deslocamento tende à prática compartilhada com profissionais de outras áreas e tem sido apontado como um componente de mudança do modelo de atenção, com potencial para melhorar a qualidade dos cuidados em saúde (PEDUZZI et al., 2013).

É possível destacar uma perspectiva ampliada de cuidado, onde o usuário é visto de forma holística e a atenção é ofertada em diferentes dimensões. Para contemplar a Atenção Centrada no Paciente, é preciso ampliar o conceito de ‘necessidades do paciente’, passando a considerar para além dos fatores biológicos, não negligenciando os aspectos emocionais, cognitivos e sociais (VAN DONGEN et al., 2017).

No que diz respeito à efetiva participação do usuário no cuidado, outro aspecto inerente à Atenção Centrada no Paciente, a maioria das mães afirmou que participam ativamente da Prática Interprofissional Colaborativa, tendo espaço para o diálogo efetivo e aberto com os profissionais, especialmente quando elas necessitam de orientações de saúde e para discutir a conduta proposta.

Eu pergunto se está certo e quando ela orienta a fazer alguma coisa para a criança, eu falo, eu pergunto pra

ela se é o certo, se tá certo desse jeito, desse jeito que estou fazendo (M4).

Tenho espaço para colocar minhas opiniões. Com certeza eles escutam, mas nem sempre concordam. Assim, eu tento dizer, porque, às vezes, a orientação é diferente do que o que você tem em casa (M19).

Como elemento primordial da Prática Interprofissional Colaborativa, a Atenção Centrada no Paciente remete a necessidade de estimular a participação do usuário e dos familiares nas tomadas de decisão sobre o cuidado, assim como a participação social no plano coletivo de acompanhamento do planejamento, tomada de decisão e execução das políticas de saúde e ações de saúde. Isso se apresenta como um contraponto às práticas clínicas marcadas pelo poder hegemônico biomédico e pelas relações assimétricas entre diferentes categorias profissionais e entre estes e os pacientes (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016; PEDUZZI; AGRELI, 2018).

No cenário das consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, a atenção, o diálogo e a confiança têm sido apontados como elementos que potencializam a construção de vínculos. Quando os profissionais mostram disponibilidade para ouvir e valorizam o diálogo durante a consulta, as mães conseguem se expressar mais facilmente, ampliando o espaço de cuidado para toda a família, da qual a mãe se sente responsável e cuidadora (REICHERT et al., 2017).

Fragilidades da Prática Interprofissional Colaborativa

Em relação às fragilidades identificadas, os participantes destacaram aspectos relacionados ao funcionamento da equipe interprofissional e ao processo de trabalho, tais como a falta de sincronia entre os profissionais envolvidos na consulta, o tempo limitado para o desenvolvimento da consulta e a rotatividade de profissionais.

A falta de sincronia entre os profissionais durante o desenvolvimento da consulta foi apresentada como um fator que dificulta a interação tranquila com a criança e a compreensão das orientações propostas pelos profissionais, conforme é evidenciado a seguir:

Fica uma em cima da outra. Uma fica interrompendo a outra, aí termina confundindo até a gente (M17).

Eu acho que, quando tem muita gente na sala, a criança fica muito estressada. É muita gente fazendo coisa que, eu acho, dava para uma pessoa, apenas, fazer (M5).

O desenvolvimento da Prática Interprofissional Colaborativa requer a aquisição de competências para a colaboração interprofissional, sendo a educação interprofissional vista como um novo modelo de formação, capaz de preparar melhor os profissionais para o desenvolvimento do cuidado ampliado em saúde, enfrentando a intensa fragmentação das ações e da rede de atenção, por meio do desenvolvimento de competências de colaboração interprofissionais (PEDUZZI, 2017).

Na contramão desse novo modelo, encontra-se a força de um modelo tradicional e hegemônico de formação que se fundamenta na compartimentalização do saber e que estabelece fortes barreiras para o diálogo de saberes e práticas. Esse modelo pautado na lógica de formação uniprofissional, disciplinar, para formação de competências específicas, legitima práticas de saúde muito fragmentadas com prejuízos para a oferta dos serviços disponibilizados à população (COSTA, 2017).

Diante dessa realidade formativa, observou-se que os profissionais de saúde trabalham, necessariamente juntos, mas são formados separadamente e esse fato se apresenta como uma barreira para o desenvolvimento de práticas colaborativas e de efetivo trabalho em equipe. A colaboração ocorre quando dois ou mais indivíduos com diferentes experiências profissionais e habilidades complementares interagem para criar uma compreensão compartilhada a qual nenhum deles teria chegado sozinho. Desse modo, passa a existir algo que não existia antes (COSTA, 2017).

Do contrário, sem a adequada aquisição de competências colaborativas, ocorre a manutenção, nos serviços de saúde, de uma visão estereotipada do que vem a ser uma equipe interprofissional, sendo esta entendida como um conjunto de profissionais que trabalham no mesmo lugar e no mesmo turno, atendendo a mesma clientela. Esse arranjo de equipe não se traduz automaticamente em colaboração entre os profissionais, como observado em equipes efetivas, cuja colaboração produz resultados de qualidade na atenção à saúde e maior sincronia entre os profissionais e entre estes e os usuários (CECCIM, 2018).

Algumas mães destacaram que o tempo da consulta é limitado, o que dificulta uma maior interação com os diferentes profissionais envolvidos na Prática Interprofissional Colaborativa.

Essa fragilidade foi apresentada e correlacionada à demanda ampliada, como é possível observar nos fragmentos seguintes:

Às vezes a gente quer tirar dúvidas com a nutricionista, com a fisioterapeuta, mas o tempo é muito curto, muito corrido (M17).

É uma correria pra atender todo mundo. Por causa do tempo, às vezes, não dá pra discutir (M5).

O tempo gasto com a consulta tem sido apontado como um preditor de satisfação do usuário no que diz respeito aos serviços de saúde, sendo a maior duração de consulta relacionada a menores índices de insatisfação dos usuários (COTTA et al., 2015).

Acredita-se que consultas mais longas são melhores, especialmente no cenário da APS, sendo relacionadas à melhora da promoção da saúde, da capacitação do paciente e da qualidade da manutenção de registros (IRVING, 2017).

Desse modo, o tempo da consulta deve ser visto como um espaço de escuta atenta, onde se busca o entendimento amplo da agenda do paciente, ou seja, de suas queixas, preocupações, sentimentos e expectativas associados. Essa escuta atenta se mostra como uma habilidade de comunicação fundamental, capaz de promover uma compreensão individual das dimensões físicas, psíquicas e sociais do paciente (COMES et al., 2016).

Especialmente no contexto das consultas pediátricas, observa-se uma forte influência dos valores e crenças familiares na adesão às orientações propostas pelos profissionais da saúde. O reconhecimento de valores, hábitos e crenças e o respeito ao significado que estes têm para as famílias são apontados

como primeiro passo para que se desenvolva um diálogo aberto e uma relação entre o profissional e o usuário, produtivos e transformadores (SOUZA et al., 2013).

A rotatividade de profissionais envolvidos na Prática Interprofissional Colaborativa foi vista como uma fragilidade pelas mães entrevistadas, repercutido negativamente no desenvolvimento da prática em virtude da quebra do vínculo profissional-usuário, conforme o registro de fala: A gente se acostuma tanto com uma pessoa, aí de uma hora pra outra muda tudo. Mudou a equipe todinha, aí a gente já tá apegada, já tem aquela afinidade, já fala certos assuntos (M17).

A permanência dos profissionais de saúde na ESF tem se mostrado um grande desafio para construção de um novo modelo de cuidado, pautado na longitudinalidade. A rotatividade dos profissionais pode comprometer a qualidade da assistência e a satisfação dos usuários, fatores que dependem do vínculo entre os profissionais e a população (TONELLI et al., 2018).

Particularmente, no cenário da consulta do CD, o estabelecimento do vínculo tem sido relacionado a uma relação harmoniosa entre mãe e profissional de saúde, baseada na confiança - estabelecida ao longo do tempo - no profissional que acompanha a criança. Essa confiança proporciona autonomia e segurança à mãe para cuidar do filho e influencia fortemente a escolha do serviço e a busca pelo cuidado continuado e preventivo (REICHERT et al., 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao considerar a Atenção Centrada no Paciente um dos domínios essenciais para colaboração interprofissional e elemento primordial da Prática Interprofissional Colaborativa, torna-se relevante conhecer a visão dos usuários acerca de uma experiência desenvolvida no cenário da APS, com o intuito de aprimorar aquilo que já vem sendo desenvolvido a partir da identificação de potencialidades e fragilidades.

Os resultados desta pesquisa evidenciaram que as mães consideram a Prática Interprofissional Colaborativa uma ferramenta para o desenvolvimento do cuidado integral em saúde, apresentando-se como uma potência para a Atenção Centrada no Paciente. Em contrapartida, foi destacado que a falta de sincronia entre os profissionais durante o desenvolvimento da consulta, o tempo da consulta limitado e a rotatividade dos profissionais envolvidos na prática, colocaram-se como fragilidades.

Como devolutiva, uma síntese dos resultados da investigação foi apresentada aos profissionais de saúde envolvidos na Prática Interprofissional Colaborativa e aos demais membros das equipes da ESF e do NASF-AB, de acordo com a rotina de reuniões sistemáticas de equipes, em cada UBS, para fins de socialização e discussão sobre os aspectos visualizados, promovendo reflexões acerca do processo de trabalho colaborativo interprofissional.

Espera-se que os resultados desta pesquisa possam fomentar o desenvolvimento de práticas colaborativas semelhantes no cenário de práticas da ESF e que estudos futuros possam apresentar o impacto dessa prática, especialmente no âmbito do cuidado integral em saúde e da Atenção Centrada no Paciente, considerando a Prática Interprofissional Colaborativa na visão dos usuários.



Referências

AGRELI, H. F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M. C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa.

Interface, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 905-916, 2016.

CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE

(CIHC). **A national interprofessional competence**

framework. Vancouver: CHIC, 2010. Disponível em:

<http://ipcontherun.ca/wp-content/uploads/2014/06/>

National-Framework.pdf. Acesso em: 15 fev. 2020.

CECCIM, R. B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade:

forma e formação. **Interface**, Botucatu, v. 22, p. 1739-1749, 2018.

COMES, Y. et al. Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no programa mais médicos. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2749-2759, 2016.

COSTA, M. V. A potência da educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas no trabalho em saúde. In: TOASSI, R. F. C. (Org.).

Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos? 1.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. p.14-27.

COTTA, R. M. M. et al. A satisfação dos usuários do programa de saúde da família: avaliando o cuidado em saúde. **Sci. Med.**, v. 15, n. 4, p. 227-234, 2005.



ESCALDA, P.; PARREIRA, C.M.S.F. Dimensões do trabalho interprofissional e práticas colaborativas desenvolvidas em uma unidade básica de saúde, por equipe de Saúde da Família. **Interface**, Botucatu, v. 22, p. 1717-1727, 2018.

FREIRE FILHO, J. R. et al. Educação Interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. **Saúde Debate**. v. 43, p. 86-96, 2019.

IRVING, G. et al. International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. **BMJ Open.**, v. 7, p. e017902, 2017.

MELO, E.; MATTOS, R. Gestão do cuidado e atenção básica: controle ou defesa da vida? In: MENDONÇA, M.H.M. et al. (Orgs). **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. p.95-116.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2018.

PEDUZZI, M. Educação Interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas em saúde. In: TOASSI, R.F.C. (Org). **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** 1.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. p. 40-48.

PEDUZZI, M. et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013.



PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde.

Interface, Botucatu, v. 22, p. 1525-1534, 2018.

PREVIATO, G. F.; BALDISSERA, V. D. A. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde.

Interface, Botucatu, v. 22, p. 1535-1547, 2018.

REEVES, S.; XYRICHIS, A.; ZWARENSTEIN, M. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. **J. Interprof. Care.**, v. 32, n. 1, p. 1-3, 2018.

REICHERT, A. P. S. et al. Percepção de mães sobre o vínculo com enfermeiros na consulta à criança. **Rev. Enferm. UFPE.**, v. 11, n. 2, p. 483-490, 2017.

Enferm. UFPE., v. 11, n. 2, p. 483-490, 2017.

SOUZA, R.S. et al. Atenção à saúde da criança: prática de enfermeiros da saúde da família. **Rev. Min. Enferm.**, v. 17, n. 2, p. 331-339, 2013.

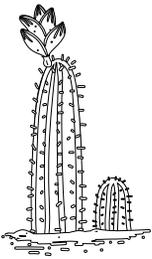
Min. Enferm., v. 17, n. 2, p. 331-339, 2013.

TONELLI, B. et al. Rotatividade de profissionais da estratégia saúde da família no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **RFO.**, v. 23, n. 2, p. 180-185, 2018.

VAN DONGEN, J. J. J. et al. They are talking about me, but not with me: a focus group study to explore the patient perspective on interprofessional team meetings in.

Primary Care. Patient. v. 10, n. 4, p. 429-438, 2017.





EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:

REFLEXÕES, POTENCIALIDADES E DESAFIOS

Rosana Maria Ferreira de Moura Lima

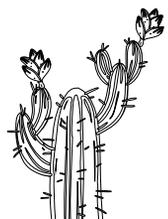
Diogo Vale

Elizabete Cristina Fagundes de Souza

INTRODUÇÃO

As transformações epidemiológicas, demográficas e sociais ocorridas desde a realização da Conferência de Alma Ata, em 1978, demandaram a revisão da estratégia de Atenção Primária em Saúde (APS). No Brasil, a concepção de APS foi renovada, a partir da regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio das Leis nº 8.080 e 8.142 de 1990, com base nos princípios e diretrizes da universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação social (GIOVANELLA, 2009).

Posteriormente, em 1999, foi publicada a primeira versão da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), com reconhecimento das questões alimentares e nutricionais como integrantes do direito à saúde.



Em 2006, a APS brasileira passou a ser implementada como Política Nacional, por meio da Portaria nº 648, baseada em três características diferenciadas em relação a outros países: a) instituição de equipes multidisciplinares como responsáveis por territórios geográficos e população adscrita, possibilitando reconhecer problemas de todos os tipos, sejam eles de ordem funcional, orgânica ou social; b) presença singular dos agentes comunitários de saúde nas equipes; e c) inclusão da saúde bucal no sistema público de saúde (OPAS, 2011).

Em 2011, a publicação da Portaria nº 2.488 e o Decreto nº 7.508, que regulamentou a Lei Orgânica de Saúde (Lei nº 8.080/90) ratificaram o compromisso do SUS com a estruturação do sistema segundo modelo organizativo de Redes de Atenção à Saúde (RAS), tendo a Atenção Básica como espaço privilegiado para a ordenação do cuidado e como centro de comunicação entre os demais pontos de atenção à saúde, considerando a proximidade ao cotidiano de vida das pessoas (ANDRADE et al, 2012).

Ainda naquele ano de 2011, a PNAN foi revisada com o propósito de melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, em busca da garantia da Segurança Alimentar e Nutricional dessa população, a partir do estabelecimento de nove diretrizes que abrangem o escopo da atenção nutricional no SUS com foco na vigilância, promoção, prevenção e cuidado integral de agravos relacionados à alimentação e nutrição. Atividades essas integradas às demais ações de saúde nas redes de atenção, tendo a atenção básica como ordenadora das ações (BRASIL, 2012).

O cenário epidemiológico complexo, aliado às demais demandas de saúde da população, provocaram novos arranjos das ações de saúde, incluindo as de alimentação e nutrição. As ações de educação alimentar e nutricional com vistas à

promoção da saúde e alimentação saudável figuram entre as atividades que podem ser inseridas e desenvolvidas no âmbito das práticas de educação em saúde, nos diferentes espaços sociais dos territórios que integram o lócus da atenção primária à saúde, quais sejam: unidades de saúde, escolas, ambientes de trabalho, centros de referência socioeducativos, dentre outros (JAIME et al, 2011).

Entretanto, diante dos desafios decorrentes de fatores diversos, referentes aos contextos político, econômico, social e cultural, a eficiência e integração do sistema por meio da implantação de redes de atenção à saúde, tendo a APS como coordenadora e ordenadora do cuidado, vem sofrendo, ao longo dos anos, processo de fragilização, com repercussões também na inserção das ações e das práticas educativas em alimentação e nutrição, apesar de estarem presentes nas diretrizes de diferentes políticas públicas e programas, quais sejam: a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, a Política Nacional de Promoção da Saúde e o Programa Nacional de Alimentação Escolar (BRASIL, 2012a).

Reconhecemos a alimentação como prática social e a destacamos entre os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, o que justifica por si só a importância da realização de pesquisas e intervenções nessa área. Neste capítulo, apresentamos um recorte do estudo “Promoção da alimentação saudável na Atenção Primária à Saúde: contribuições para a construção coletiva do saber-fazer” (LIMA, 2015), realizado no âmbito do Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF) no Nordeste, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), tendo como Instituição Nucleadora a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

Espera-se, a partir das considerações, reflexões e análises apresentadas neste texto, contribuir para o fortalecimento dos debates acerca das práticas de educação alimentar e nutricional no âmbito da Atenção Primária à Saúde e com a produção de saúde segundo o seu conceito ampliado. Certamente, uma tarefa árdua que instiga a luta diária das pessoas comprometidas com a defesa da vida, o que inclui o direito humano à alimentação adequada e saudável e a realização da Segurança Alimentar e Nutricional, bem como, um SUS público, universal, integral e equânime.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, classificado como pesquisa-ação, de caráter intervencionista, realizado em uma Unidade de Saúde da Família (USF) integrante do Distrito Sanitário Norte I, localizada no bairro da Redinha, situado na Região Administrativa Norte do município de Natal, capital do Rio Grande do Norte. O estudo seguiu os princípios éticos de pesquisa e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), conforme Parecer nº 418.761 e CAAE nº 18246713.8.00005292.

Para operacionalização da pesquisa, a partir das percepções dos profissionais acerca do entendimento em relação a Educação Alimentar e Nutricional (EAN), foram organizados encontros temáticos reflexivos, nos quais utilizou-se diferentes técnicas: rodas de conversa/problematização, leitura de textos, vivências, bem como, a Oficina “Repensando as práticas educativas para promoção da alimentação saudável”. Esses encontros abordaram, também, temáticas referentes à promoção da saúde/

alimentação saudável e foram relatados no capítulo “Promoção da saúde e alimentação saudável: percepções de profissionais da atenção primária, reflexões e desafios” (LIMA; SOUZA, 2015), no qual está descrito o trajeto metodológico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Elenca-se a seguir, os resultados e discussões referentes ao recorte realizado, no qual destaca-se os desafios de ser profissional de saúde/educador em alimentação e nutrição e as possibilidades para desenvolvimento das práticas de EAN na APS.

Os desafios de ser profissional de saúde/ educador em alimentação e nutrição

Nas percepções dos profissionais acerca da educação alimentar e nutricional predominaram a visão tecnicista sobre o processo educativo, na qual a educação alimentar e nutricional é entendida como um conjunto de informações e conhecimentos transmitidos pelos profissionais, com ênfase nas mudanças de comportamento individuais, focadas na função biológica dos alimentos/nutrientes, nas restrições e prescrições.

A esse respeito, Boog (2013, p.151) afirma que “[...] o objetivo da educação alimentar e nutricional não é o de levar as pessoas a obedecer a dietas e prescrições sobre o que fazer e o que não fazer” e apresenta três argumentos para justificar tal afirmação:

A educação deve voltar-se à pessoa como um todo e ao seu viver no mundo e não só à dieta especificamente; a educação busca a autonomia e não a heteronomia; a pessoa precisa de tempo para reconstruir informações que recebe, integrá-las a seu modo de pensar e agir, desenvolvendo, ela própria, estratégias para enfrentar os desafios cotidianos, empenhando-se em uma busca não só de saúde, mas de vida, com qualidade em todos os aspectos.

As percepções dos profissionais foram objeto de reflexão conjunta sobre os desafios para a realização das atividades educativas. Ao indagarmos se seria possível inserir o conteúdo da saúde bucal, da alimentação saudável, da promoção da saúde como temas transversais, e na escola, envolver vários professores e disciplinas, de modo articulado a outros setores inseridos no território da área de abrangência da USF, alguns profissionais comentaram que precisaria de mudanças nos processos de trabalho: “As ações da Estratégia Saúde da Família precisam ser planejadas com todos os profissionais das equipes. Precisa mudar tudo!”; “Ninguém faz nada sozinho!”; “Precisa de parcerias!”; *“É difícil, pois, quando participamos de atividades de grupo, de reuniões, muitas vezes as pessoas ficam achando que não estamos trabalhando, que estamos só conversando, passando o tempo. Eu já vivi isso aqui!”*.

Uma das profissionais enfatizou as dificuldades de integrar as equipes nos trabalhos grupais, ressaltando que “os grupos ficam como se fossem de um profissional e não da equipe.”.

Em consonância com essa fragilidade das práticas de educação em saúde apontada pela profissional, Vasconcelos (2010) relata a partir de estudo realizado em uma Unidade de APS na periferia urbana de um município brasileiro, que



a maioria das iniciativas educativas mostrou-se como atividades superficiais e inconstantes de profissionais isolados e que, para alguns técnicos, participar de práticas educativas apresentava-se como uma forma de sair da rotina diária de atendimento, já que no dia das atividades/reuniões não eram agendadas consultas para os profissionais médicos envolvidos.

Após debates e leitura conjunta do texto “Repensando a nossa prática”, cujo referencial teórico é pautado na educação problematizadora proposta por Paulo Freire (FREIRE, 1987), outras reflexões foram suscitadas: “Transmitimos informações”; “A gente é presa a resultados, mas o que falta é monitoramento e avaliação”; “A informação não deve ser abolida, mas deve ser incrementada com outras estratégias que afete o desejo das pessoas”; “As pessoas só ficam curadas quando elas se transformam. Mudar a si mesmo é difícil, imagine mudar o outro”.

A concepção e a prática da educação problematizadora partem do caráter histórico e da historicidade dos seres humanos. Portanto, a educação problematizadora implica em mudanças, transformações que se dão a partir de um processo em que educadores e educandos se fazem sujeitos, superando a contradição entre educador e educando. Assim, “ninguém educa ninguém, como tampouco ninguém se educa a si mesmo”. Ressalta que ambos se “educam entre si, mediatizados pelo mundo” (FREIRE, 1987, p.68).

A partir do entendimento da educação como uma prática social, processo permanente de aprendizado mútuo, participativo, gerador de autonomia, no qual algumas habilidades são essenciais para ser educador, tais como ter papel dialógico e informativo, possibilitar o conhecimento de conteúdos, porém, não como verdade absoluta, provocar inquietações, estimular a curiosidade, o espírito investigador, a criatividade (FREIRE,

1987; FREIRE, 1996), algumas reflexões quanto à formação profissional, são importantes: a) O atual processo de formação profissional possibilita aos profissionais de saúde/nutrição o desenvolvimento das habilidades e competências necessárias ao papel de educador? b) As competências tecnocientíficas são suficientes para formar os profissionais de saúde/nutrição como educador? c) O cotidiano dos processos formativos, a educação em saúde/EAN está conseguindo perpassar as disciplinas, de forma transversal, na perspectiva da transdisciplinaridade, da conexão dos saberes? (VASCONCELOS, 2011).

Santos (2012) destaca, também, que se torna relevante refletir sobre o que está sendo ensinado em EAN nos currículos de nutrição do Brasil, e de quanto a formação se aproxima ou se distancia dos princípios e das diretrizes expressos no marco de referência para as ações de educação alimentar e nutricional nas Políticas Públicas (BRASIL, 2012a).

Conforme a preocupação da autora e propõe-se e extrapola-se essa reflexão para o âmbito de outras profissões, considerando que o tema da EAN para promoção da saúde e da alimentação saudável é transversal, multidimensional e transdisciplinar. Interrogamos qual o lugar que as práticas educativas no contexto da promoção da saúde, da segurança alimentar e nutricional e da clínica ampliada estão ocupando nos currículos das profissões de saúde e nos processos de educação permanente no SUS. E como estão sendo ensinadas?

Outra questão apresentada por Santos (2012, p.597), talvez seja um dilema que perpassa as políticas e as práticas de EAN: “como promover mudanças nas práticas alimentares dos sujeitos sob a ótica do saudável e, ao mesmo tempo, respeitar os hábitos alimentares, as tradições e a cultura alimentar de um povo?”.

Certamente não se encontram respostas prontas para essas questões nas publicações sobre o tema, pois como afirma Boog (2013, p.267):

as ações educativas não podem partir do papel. Elas nascem do olhar curioso, investigativo, que busca compreender os problemas alimentares para desenvolver práticas que respondam não apenas às diretrizes técnicas, mas que possam, efetivamente, qualificar a vida, trazer saúde e bem-estar em todos os sentidos.

A referida autora chama atenção ainda para um aspecto fundamental referente ao papel do educador (BOOG, 2013, p.268), que diz respeito a necessidade de [...] um esforço pessoal de leitura, estudo, reflexão, análise de situações, de compreensão e de ensaios metodológicos, a partir da leitura crítica da realidade e de um olhar avaliativo.

Para tanto, constata-se a necessidade de fortalecer e interligar os diferentes saberes, com a formação de profissionais de saúde/nutrição que detenham conhecimentos no campo da ciência da alimentação e nutrição, integrados com a epidemiologia, a sociologia, a antropologia, a educação, bem como, que tenham habilidade para o desenvolvimento de métodos adequados para abordagem dos problemas alimentares e nutricionais, junto aos indivíduos, famílias e comunidade, considerando a complexidade que envolve estes problemas (BOOG, 1999; ASSIS et al, 2002; BOOG, 2008).

Implica, também, na necessidade de considerar os determinantes sociais da saúde, com a definição de ações técnicas e políticas, de caráter amplo e intersetorial, que respondam às necessidades de cada território, a partir de estratégias de articulação transversal entre os diversos equipamentos públicos,

sociais e a comunidade, conforme destaca a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) (BRASIL, 2012). Ou seja, pressupõe o desenvolvimento de habilidades e competências que possibilitem o empoderamento e autonomia das pessoas, individualmente, valorizando o cuidado de si, mas também, incentivando espaços de diálogo, momentos de encontros coletivos, nos quais as famílias e comunidade possam refletir sobre às suas necessidades e problemas, e assim, fortalecer o exercício da cidadania pelo direito à saúde e à alimentação.

No entanto, conforme afirma Rodrigues (2013, p.81) “alcançar o êxito de uma educação capaz de promover a implicação do sujeito com seu estado de saúde/doença exige também, dos profissionais de saúde, uma reforma do pensamento”. Seria uma reforma “paradigmática” e não “programática”, o que se constitui em questão fundamental da educação. Ou seja, é necessário romper com práticas embasadas em conteúdos/ações fragmentadas, verticalizadas e autoritárias (MORIN, 2004).

Morin (2003, p.36) enfatiza que diante das inadequações decorrentes dos “saberes cada vez mais desunidos, divididos, compartimentados” e de “realidades ou problemas cada vez mais multidisciplinares, transversais, multidimensionais, transnacionais, globais e planetários”, faz-se necessário que a educação torne evidente “o contexto, o global, o multi-dimensional e o complexo”, na perspectiva da construção do conhecimento pertinente para reforma do pensamento, características do paradigma da complexidade.

É preciso, portanto, aprofundar as reflexões acerca da formação e da prática profissional no campo da EAN, pois, conforme Freire (1996, p.24), “a reflexão crítica sobre a prática se torna uma exigência da relação teoria/prática sem a qual a teoria pode ir virando blábláblá e a prática, ativismo”. Desse modo, “é

preciso aprender a ser coerente. De nada adianta o discurso competente se a ação pedagógica é impermeável a mudanças” (Ibidem, p.11).

Schön (2000) contrapõe-se à formação tradicional, caracterizada por uma desvinculação entre teoria e prática, e propõe uma formação que contribua com a renovação do processo de ensino e aprendizagem, que promova a interação entre teoria e prática, com base em um ensino reflexivo, capaz de possibilitar a “reflexão na ação”, privilegiando o “aprender através do fazer”, estimulando a capacidade de refletir por meio da interação educador-educando em diferentes situações práticas, permitindo assim, a formação de profissionais criativos, capazes de dar conta das demandas apresentadas pela prática.

Pinto (2006, p.120) chama a atenção quando afirma que “no que pese os mais de vinte anos de investigação de Schön com esta temática e os vários trabalhos resultantes de suas provocações, o conceito de reflexão na ação” não é suficiente para esclarecer sobre o que e como o profissional reflete e quais os efeitos desta reflexão, “delimitando uma problemática e um campo conceitual que ainda devem ser construídos” (Ibidem apud PERRENOUD, 2002, p.14).

A referida autora salienta, ainda, que é necessária a adoção de uma postura reflexiva que é possibilitada pela prática reflexiva, pois “apesar de todos refletirmos na ação e sobre a ação, nem por isso nos tornamos profissionais reflexivos. Refletir episodicamente sobre o que fazemos é diferente de adotar uma postura reflexiva” (PINTO, 2006, p.79-80).

Desse modo, ser profissional de saúde/educador em alimentação e nutrição, exige o exercício da reflexividade, além de compromisso profissional, postura democrática e dialógica, visando à construção de processos que promovam vínculos, acolhimento, o autoconhecimento e o conhecimento

da realidade, capazes de romper com a fragmentação, o individualismo, a competitividade, a culpabilização das pessoas. Ou seja, é necessário que o profissional de saúde/educador reflita cotidianamente qual o seu contexto de atuação, quem é o seu educando no contexto geral da sociedade e qual o seu próprio papel no processo de transformação social (VASCONCELOS, 2010).

Nessa perspectiva, é fundamental compreender o SUS, a APS e a EAN como processos sociais em permanente construção, portanto, alvo das disputas entre os diferentes projetos políticos existentes na sociedade, que se constituem em desafios em nível das macropolíticas e com repercussões diretas nas micropolíticas de gestão da produção do cuidado-atenção em saúde.

Práticas educativas em alimentação e nutrição na APS: algumas possibilidades

As práticas de educação alimentar e nutricional na APS podem ser realizadas tanto no atendimento individual, como em atividades coletivas. A partir de um novo modo de operar o cuidado, centrado não na doença, mas na pessoa, apresentado por autores como Campos (2003), Merhy (2007), Souza (2011), a Clínica Ampliada constitui-se em um dispositivo importante. E sua importância também é reconhecida no campo da alimentação e nutrição (RODRIGUES, 2013).

Para Boog (2013), no desenvolvimento das ações de EAN, faz-se necessário transitar por várias dimensões interligadas, como as nutricionais, psíquicas, sociais e culturais, resgatando representações e significados construídos sobre a alimentação, na história dos países, das sociedades, das pessoas.

A referida autora ressalta a necessidade da construção de habilidades e capacidades de lidar com as subjetividades inerentes à alimentação humana, na perspectiva de “formar valores”. Destaca que “os valores são construídos/transformados por meio da comunicação entre as pessoas, na intersubjetividade” (BOOG, 2013, p.85), ou seja, implica em “trabalhar a questão alimentar como relação com o outro” (Ibidem, p.86).

Portanto, valorizando as emoções, os sentimentos e como eles determinam o agir. Para tanto, enfatiza que outro aspecto a ser considerado é “o de exercitar a capacidade de auto-observação dos próprios comportamentos alimentares” (BOOG, 2013, p.85).

Nesse sentido, Josso (2010) apresenta como uma estratégia para o trabalho formativo, as histórias de vida – autobiografias. A autora enfatiza que:

falar das próprias experiências formadoras é, pois, de certa maneira, contar a si mesmo a própria história, as suas qualidades pessoais e socioculturais, o valor que se atribui ao que é vivido na continuidade temporal do nosso ser psicossomático (Ibidem, p.47- 48).

Boog (2013, p.175) reforça o uso do trabalho pedagógico com recordações, memórias de fatos relativos à alimentação “como uma importante e eficaz estratégia para alcançar mudanças na forma de pensar, sentir e agir”, contribuindo na formação dos profissionais, tanto no que diz respeito à ampliação do autoconhecimento como no desenvolvimento da sensibilidade para a percepção dos problemas alimentares das outras pessoas.

Pinto (2006a) em estudo que utilizou autobiografias alimentares de graduandas do Curso de Nutrição destaca o

método autobiográfico e defende que este junto à pedagogia freireana e a um referencial complexo “pode ser tomado como uma ferramenta importante para o trabalho educativo em saúde, contribuindo para a formação de sujeitos capazes de refletir para transformar a si e ao mundo” (Ibidem, p.6).

A referida autora também utilizou essa ferramenta com professores do Núcleo de Educação Infantil (NEI) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, durante a realização das ações do Projeto de Pesquisa “*É de pequeno que se aprende?*”, coordenado por profissionais do Departamento de Nutrição e do referido Núcleo. Nessa obra, Araújo et al (2010) relatam a importância da escrita das autobiografias para mudanças no comportamento alimentar de alguns professores.

Castro et al (2007) ao relatarem um método educativo para a promoção da alimentação saudável, com adolescentes e profissionais das redes de saúde e de educação, destacam as ações com culinária como modelo factível de ser reproduzido no campo de práticas da EAN.

Os resultados encontrados em nosso estudo apontam também a educação permanente como possibilidade à qualificação das práticas de EAN. A educação permanente, constitui-se em “contraponto aos modelos de capacitação pontuais e tecnicistas, centrados em procedimentos” (CECCIM, 2005 apud MARTINIANO et al., 2014). Esse processo educativo parte da singularidade dos processos de trabalho e das produções de cuidado, introduzindo mecanismos que possibilitem a problematização e experimentação de práticas em saúde.

No âmbito da Estratégia Saúde da Família, outros referenciais vêm sendo experimentados como o da educação popular em saúde, tendo por base a vertente *freireana*, com reelabora-ções de autores como Victor Valla e Eymar Vasconcelos, que,

dentre os inúmeros aspectos enfocados, buscam contrapor-se às práticas educativas voltadas apenas para a imposição de normas e de comportamentos, desconsiderando as dimensões culturais e subjetivas que perpassam o processo saúde-doença-cuidado (VASCONCELOS, 2010).

O diálogo e o encontro entre os referenciais da educação popular, da educação permanente e da educação alimentar e nutricional crítica é bastante pertinente e necessário, na perspectiva da (re) construção de saberes e práticas na produção do cuidado. Um desafio que pressupõe transformações no âmbito da formação, da gestão e do cuidado em saúde.

Diferentes autores no campo da nutrição como Boog (2013), Santos (2012), Pinto (2006), Pinheiro, Recine e Carvalho (2006), Freitas (2005) referem à necessidade de que as ações educativas sejam desenvolvidas buscando promover a autonomia das pessoas, com base na interdisciplinaridade, na transdisciplinaridade e na reflexividade, a partir do respeito às questões culturais, valorizando a história, as diversidades regionais, as singularidades de cada pessoa, reconhecendo os saberes populares e fomentando a biodiversidade local e a sustentabilidade ambiental.

Consideramos que pensar a educação alimentar e nutricional nessa perspectiva pressupõe transformações nos modos de ensinar, de aprender e de fazer. Implica em mudanças na formação e qualificação dos profissionais e nos processos de trabalho, mas, também, em atitudes, como ousar pensar diferente, buscar o novo, religando saberes e práticas. Portanto, é uma tarefa instigante, desafiadora, mas, não é impossível. Não podemos perder a esperança e capacidade de lutar, de buscar possibilidades, pois, conforme fala Freire (1987, p.82): “não é a esperança um cruzar de braços e esperar”. Portanto, diante

dos desafios, surge o convite permanente para continuarmos tentando e experimentando as possibilidades viáveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta pesquisa apontaram para a necessidade de reorganização dos processos formativos e de trabalho com o fortalecimento dos espaços de educação permanente e inserção de tecnologias de cuidado, tais como: Projeto de Saúde do Território (PST), Projeto Terapêutico Singular (PTS), Clínica Ampliada e Compartilhada, nas quais as ações de educação alimentar e nutricional possam ser incluídas, com a utilização de metodologias problematizadoras e participativas.

Para tanto, são necessárias mudanças paradigmáticas capazes de superar a fragmentação, o individualismo, o corporativismo, possibilitando a produção de saberes e práticas que favoreçam a reflexividade, a transversalidade, a intersectorialidade, o diálogo e a postura democrática e solidária.

Os desafios de ser profissional de saúde/educador, envolvem várias dimensões interdependentes e imbricadas. No mundo globalizado atual, caracterizado pela sociedade do conhecimento, do consumismo, da diversidade de informações e da rapidez da divulgação por meio das mídias e redes sociais, em meio a um cenário epidemiológico complexo, sistemas alimentares baseados em monoculturas, com tecnologias de produção em larga escala, onde o alimento é considerado mercadoria, *commodities*, e as pessoas são valorizadas enquanto consumidoras, que favorecem os lucros gerados pelo consumismo, ser

profissional de saúde/educador em alimentação e nutrição é um processo complexo, instigante e desafiador.

Vale salientar que ser profissional de saúde/educador em alimentação e nutrição, implica, necessariamente, em refletir e compreender a desestruturação das políticas públicas, na qual destaca-se, além do desmonte da APS, o ataque à Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, o aumento da liberação de agrotóxicos, a intervenção para revisão no Guia Alimentar para a População Brasileira, mesmo este tendo passado por um amplo processo de debate com instituições, entidades e representantes da sociedade, bem como por consulta pública, antes de ser publicado em 2014 e reconhecido, nacionalmente e internacionalmente, como um importante instrumento de educação alimentar e nutricional.

Um desmantelamento setorial que se soma às modificações na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e as propostas para aceleração dos processos de contrarreforma e a continuidade da privatização da saúde no Brasil, reforçados pela EC 95/2016 que congelou recursos orçamentários para as políticas sociais por vinte anos.

Apesar dos retrocessos e desafios vivenciados na atualidade, no Brasil, no que diz respeito aos direitos sociais, às políticas públicas, com ênfase para as de saúde e educação, ainda é possível pensar em algumas possibilidades referentes às práticas educativas em alimentação e nutrição. Para tanto, faz-se necessário potencializar os princípios da integralidade, da universalidade e da equidade, defendendo conquistas alcançadas ao longo de mais de três décadas de construção do SUS.

Ainda permanecem necessárias a utilização de novas tecnologias de cuidado, de metodologias de ensino-aprendizagem participativas e problematizadoras, capazes de

experimentar modos de fazer que rompam com as receitas, as prescrições do que é permitido ou proibido, e considerem as singularidades das pessoas, as suas subjetividades, as suas histórias de vida, o território e o contexto em que vivem e resistem.



Referências

ANDRADE, L. O. M. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2012. p.845-902.

ARAÚJO, M. F. et al. Educação alimentar e nutricional na infância: retalhos de vivências. In: PINTO, Vera Lúcia Xavier. et al. (Org.). *É de pequeno que se aprende? promoção da alimentação saudável na educação infantil*. Natal, RN: EDUFERN, 2010, 254p.

ASSIS, A. M. et al. O programa saúde da família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. **Rev. Nutr.**, v. 15, n. 3, p. 255-266, set./dez. 2002.

BOOG, M. C. F. Educação nutricional em serviços públicos de saúde. **Cad. de Saúde Pública**, v. 15, n. 3, p. 139-47, 1999.

BOOG, M. C. F. Atuação do nutricionista em saúde pública na promoção da alimentação saudável. **Revista Ciência e Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 33-42, jan./jun. 2008.

BOOG, M. C. F. **Educação em nutrição: integrando experiências**. Campinas, SP: Komedi, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Textos de opinião: temas estratégicos para a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) / Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos (ABRANDH)**. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), 2011. 196p.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 84 p.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas**. Brasília, DF: MDS; Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2012a. 68 p.

CAMPOS, G. W. S. Clínica ampliada e paidéia. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Saúde Paidéia**. São Paulo, HUCITEC, 2003, p.50-77.

CASTRO, I. R. R. et al. A culinária na promoção da alimentação saudável: delineamento e experimentação de método educativo dirigido a adolescentes e a profissionais das redes de saúde e de educação. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 20, n. 6, p. 571-588, nov./dez. 2007.

DIAS, N. M. O. **Mulheres sanitárias de pés descalços**. São Paulo: HUCITEC, 1991.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1987.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra; 1996.

FREITAS, M. C. S. et al. Hábitos alimentares e os sentidos do comer. In: DIEZ GARCIA, R. W.; CERVATO-MANCUSO, A. M. **Mudanças alimentares e educação nutricional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, p.35-42.



GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p.783-794, 2009.

JAIME, P. C. et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. **Rev. Nutr.** Campinas, v. 24, n. 6, p. 809-824, nov/dez., 2011.

JOSSO, M. C. **Experiências de vida e formação**. Tradução de José Cláudio, Júlia Ferreira. Revisão científica Maria da Conceição Passegi. 2. ed. Natal, RN: EDUFRN; São Paulo: Paulus, 341p.

LIMA, R. M. F. M. **Promoção da alimentação saudável na atenção primária à saúde**: contribuição para construção coletiva do saber-fazer. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família do Nordeste, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva-NESC, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2015.

LIMA; R. M. F. M.; SOUZA, E. C. F. Promoção da saúde e alimentação saudável: percepções de profissionais da Atenção primária, reflexões e desafios. In: MACHADO, M. F. A. S.; DIAS, M. S. A. D.; FORTE, F. D. S. (Orgs.). **Promoção da saúde**: um tecido bricolado. Sobral, CE: Edições UVA, 2015. 368p.

MARTINIANO, C. S.; SAMPAIO, J.; SILVEIRA, S. A. S. Os desafios do núcleo de apoio à saúde da família para a consolidação da atenção primária à saúde na perspectiva da promoção da saúde. In: COSTA, M. D. H.; VASCONCELOS, K. E. L. (Org.). **Por uma crítica da promoção da saúde**: contradições e potencialidades no contexto do SUS. São Paulo: HUCITEC, 2014, p. 353-390.



MEHRY, E. E. et al. (Orgs.). **O trabalho em saúde:** olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 4. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2007.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro.** 8.ed.São Paulo:Cortez;Brasília,DF:UNESCO,2003.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita:** repensar a reforma, reformar o pensamento. 10. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004. 128p.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS:** construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde, 2011.

PINTO, V. L. X. A importância da utilização da pedagogia de projetos em educação nutricional na atenção básica: a refletividade como ideia e como ação. In: GUEDES, A. E. L. (Org.). **As ações de nutrição na atenção à saúde:** reflexões, desafios e perspectivas. Natal, RN: EDUFRN, 2006. p. 79-105.

PINTO, V. L. X. **As coisas estão no (meu) mundo, só que eu preciso aprender:** autobiografia, reflexividade e formação em educação nutricional. 2006, 279p. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-Graduação, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal. 2006a.



PINHEIRO, A. R. O. et al. As práticas alimentares saudáveis: a promoção da saúde no contexto da Segurança Alimentar e Nutricional. In: CASTRO, Adriana; MALO, Miguel. **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: HUCITEC; OPAS, 2006. p.187-207.

RODRIGUES, B. A. **Doce vida**: um estudo sobre a experiência alimentar e os desafios para o tratamento dietético em pessoas vivendo com diabetes mellitus. 2013. 96f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) –Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal. 2013.

SANTOS, L. A. S. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 18, n. 5, p. 681-692, 2005.

SANTOS, L. A. S. O fazer educação alimentar e nutricional: algumas contribuições para reflexão. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 2, p. 453-462, 2012.

SHÖN, D. A. **Educando o profissional reflexivo**: um novo design para o ensino e a aprendizagem. Porto Alegre: Artes Médicas Sul-ARTMED, 2000.

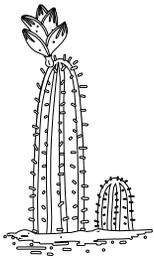
SOUZA, E. C. F. **Doença, narrativas e subjetividades**: patografias como ferramentas para a clínica. Natal, RN: EDUFRN, 2011. 258p.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 5. ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.



VASCONCELOS, F. A. G. A inserção do nutricionista no Sistema Único de Saúde. In: TADDEI, J. A. A. C. et al. **Nutrição em Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2011.





A SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA NO MUNICÍPIO DE GUAMARÉ/RN:

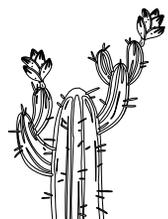
O SABER FAZER DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

*Gabriela Beserra Solano
Cipriano Maia de Vasconcelos
Amanda Paulino de Oliveira
Maísa Paulino Rodrigues*

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção de caráter sistêmico, causada pelo *Treponema pallidum* (T. pallidum), transmitida na maioria das vezes por via sexual e vertical, sendo exclusiva do ser humano, e que pode evoluir para uma doença crônica de graves consequências quando não tratada precocemente (HORVATH, 2011; BRASIL, 2015).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, existe cerca de 1 (um) milhão de casos de sífilis por ano entre as gestantes, e orienta a detecção e o tratamento oportunos destas e de seus parceiros sexuais portadores da sífilis, considerando que a infecção pode ser transmitida ao feto, com graves implicações. A eliminação da sífilis congênita e da transmissão vertical do HIV constitui uma prioridade para a região da América Latina e do Caribe (OMS, 2015).



O Ministério da Saúde (MS) afirma que 50 mil parturientes, ao ano, no Brasil são diagnosticadas com sífilis, levando 12 mil nascidos vivos apresentarem sífilis congênita (BRASIL, 2005; LORENZI et al., 2009).

Nas crianças expostas durante a gestação, a sífilis pode provocar a morte do neonato ou a morte intraútero. Entre os sinais e sintomas apresentados pelo feto, pode-se destacar: o baixo peso, rinite com coriza sanguinolenta, obstrução nasal, prematuridade, choro ao manuseio, hepatoesplenomegalia, alterações respiratórias como pneumonia, icterícia, anemia severa, ascite e lesões cutâneas localizadas na palma da mão e na planta do pé (BRASIL, 2010).

A portaria nº77, de 12 de janeiro de 2012 do Ministério da Saúde, afirma ser de competência das equipes de Atenção Básica (AB) realizar testes rápidos para o diagnóstico de HIV e detecção da sífilis, assim como testes rápidos para outras doenças, no âmbito da atenção ao pré-natal para as gestantes e suas parcerias sexuais, por ser uma patologia milenar que apresenta métodos de diagnósticos simples e tratamento eficaz. Mas, os números nos remetem que não há cumprimento dessa portaria, pois o número de bebês infectados cresce a cada ano (BRASIL, 2012).

Destaca-se que, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017 considera equivalentes os termos AB e Atenção Primária à Saúde (APS), nas atuais concepções. Segundo a PNAB, pode-se dizer que a AB é um conjunto de ações de saúde, de caráter individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2017).



A Estratégia Saúde da Família (ESF) atua no processo de reorganização da AB no País, de acordo com os preceitos do SUS, sendo considerada, pelo Ministério da Saúde (MS), uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da AB por favorecer a reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da AB, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012).

Sendo assim, o controle e prevenção da sífilis gestacional e congênita, deve se constituir em objeto da ESF, visto que esta exerce papel fundamental por estar mais próxima à população, podendo-se realizar precocemente o diagnóstico e o início do tratamento, conforme o “Protocolo Clínico e 33 Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis” (BRASIL, 2015).

Ante o exposto, este estudo buscou conhecer a percepção e a prática dos profissionais no tocante a prevenção da sífilis no município de Guamaré, procurando compreender os motivos que levam a persistência dos altos índices de transmissão da doença e as dificuldades encontradas pelos profissionais para prevenir e diagnosticar as gestantes durante a realização do pré-natal no município em foco.

PERCURSO METODOLÓGICO

Estudo exploratório, compreensivo-interpretativo, de cunho qualitativo, realizado em Guamaré, município do Rio Grande do Norte. A população estimada para o município é de 15.309



habitantes, com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH) de 0,626; e densidade demográfica de 47,90 hab./km (BRASIL, 2017).

A população do estudo foi composta por 10 profissionais que compõem a ESF e Atenção Secundária no município de Guamaré (RN) (médicos e enfermeiros) responsáveis pela realização do pré-natal e pela investigação dos casos de sífilis, atuantes nas unidades de Guamaré, Vila Maria, Salina da Cruz, Baixa do Meio e Baixa do Meio Zona Rural; e no Hospital Manoel Lucas de Miranda. Nessa direção foram incluídos apenas os profissionais que estavam implicados diretamente com o diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes com sífilis.

Durante a coleta de dados três equipes da ESF estavam sem o profissional médico. A amostra do estudo foi do tipo intencional e o número de sujeitos foi definido pelo critério de saturação teórica. A amostragem intencional é aquela que o pesquisador define a amostra de acordo com as características essenciais necessárias para atingir os objetivos do estudo, não fazendo uso de métodos estatístico (FONTANELLA et al., 2008)

Lançou-se mão de uma entrevista semiestruturada por meio de um roteiro previamente construído contendo tópicos que contemplaram as informações necessárias, norteando a interlocução junto aos entrevistados (MINAYO, 2008). Tal roteiro continha seis questões norteadoras, a saber: você realiza a prevenção e o controle da sífilis congênita e gestacional, se sim, que ações você executa? Em que momento é realizado o diagnóstico? O tratamento é realizado nesta unidade de saúde? Você realiza a notificação compulsória no SINAN? Caso não realize a notificação explique os motivos; Você realiza investigação e busca ativa de contatos? Você realiza ações de prevenção da

sífilis? Você encontra alguma dificuldade para desenvolver essas atividades? Quais?

Todas as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora em locais previamente definido pelos participantes, garantindo a privacidade e sigilo das informações coletadas. Todas elas foram gravadas em aparelho de áudio e transcritas na íntegra para posterior análise.

O material produzido gerou um corpus que foi submetido à técnica de Análise Temática de Conteúdo, proposta por Bardin (2011) e sistematizada por Minayo (2008), permitindo colocar em evidência os núcleos de sentido. A Análise de Conteúdo Temática consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações cujo objetivo é a obtenção de indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção da mensagem, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo.

Os dados empíricos seguiram três fases de organização: a pré-análise, que se apoiou numa leitura flutuante das transcrições e nas anotações empreendidas pela pesquisadora; a exploração do material com organização das categorias, subcategorias e unidades de sentido; e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2011).

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL) e aprovado sob o Parecer nº 3.483.114 e C.A.A.E. nº 15532619.6.0000.5292.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A voz dos profissionais: categorias em análise

A análise das entrevistas permitiu a construção de três categorias temáticas, com as respectivas subcategorias e unidades de sentido, conforme visualizado no Quadro 1.

Quadro 1: Distribuição das categorias e subcategorias simbólicas da sífilis. Guamaré/RN, 2019.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE SENTIDO
Percepção sobre a sífilis	Realização de tratamento	19
	Deficiência na prevenção	11
	Desconhecimento/Culpa Pop	16
Dificuldades para prevenção da sífilis	Negligência do profissional	06
	Falta apoio/gestão e recursos	10
Ações realizadas para o controle da sífilis	Palestras/orientação	17
	Tratamento	09
	Não realiza atividade	06

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Percepção sobre a sífilis

Essa categoria é compreendida pelo conjunto de duas subcategorias: “realização tratamento”; e “deficiência na prevenção/educação em saúde”, cujos sentidos relacionam-se à percepção dos profissionais sobre a sífilis.

Ao serem questionados como percebiam a problemática da sífilis no município de Guamaré a maioria dos profissionais relacionou ao tratamento clínico, referindo-se também sobre a necessidade de orientar a população. Entretanto, sinalizaram que não havia atividades educativas relacionadas ao tema da sífilis. Alguns destacaram a ausência de medicação, como por exemplo, penicilina, provocando dificuldade para o manejo e tratamento da doença no município, como pode ser observado nesta fala: “Tive dificuldade com o tratamento porque me disseram que não havia penicilina no hospital” (Enfermeira 5).

Tal problema pode ser atribuído ao fato de o município ter enfrentado o desabastecimento nacional de penicilinas em decorrência da falta de matéria-prima específica para a produção no mercado mundial. Em 2015, o MS publicou a Nota Informativa Conjunta nº 109/2015/GAB/SVS/MS, que orienta a respeito da priorização da penicilina G benzatina para sífilis em gestantes e penicilina cristalina para sífilis congênita no país e alternativas para o tratamento da sífilis (BRASIL, 2015).

É importante destacar que a percepção dos profissionais é eminentemente focada na medicalização da doença e do doente. A subcategoria “realização de tratamento” mostra essa fortaleza, ou seja, apresentou 19 unidades de sentido, corroborando essa assertiva. Assim, vê-se a força do modelo biomédico predominando na percepção dos profissionais. Segundo Cutolo (2006), esse modelo é centrado no indivíduo

doente e na doença, nas ações de recuperação e reabilitação da doença, deixando as ações da promoção e proteção à saúde esquecidas, ou seja, perdendo espaço para a doença e sua cura, o diagnóstico individual, tratamento e o processo fisiopatológico. Desloca-se respectivamente a saúde e sua promoção e proteção, o diagnóstico comunitário e suas intervenções e a determinação social do processo saúde/doença.

A percepção tradicional de “cura” persiste, mesmo decorridos trinta anos da Constituição Federal de 1988, que apresentou o conceito ampliado da saúde, no Artigo 196, definindo saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Além disso, os profissionais referem à necessidade de orientar a população sobre a sífilis, mas afirmam haver deficiência na oferta de ações de educação em saúde das Unidades Básicas. Um estudo realizado por Sortica e Albuquerque (2018), no município de Esteio no Rio Grande de Sul observou a mesma falha no processo de educação em saúde mostrando a ausência na dimensão pedagógica, demonstrando que a educação em saúde não faz parte do cotidiano dos profissionais da saúde, ou pelo menos não apresenta uma importância significativa nas suas práticas cotidianas.

A falta de conhecimento por parte da população, sobre a sífilis, faz ampliar o problema, tendo em vista que para a prevenção e a adesão ao tratamento o conhecimento é primordial. A falta de informação e consciência crítica podem ocasionar sentimentos e atitudes que dificultam o processo de cura e prevenção da doença (OSAWA, 2016).



Nesse contexto, Starfield (2004) reforça que uma das doze características da APS é a educação e a orientação à comunidade, tanto sobre o contexto local de vida dos usuários, como à consciência das necessidades de saúde no âmbito comunitário, para que se promovam mudanças positivas nas condições de vida e de saúde. Nessa linha de entendimento a ESF é a forma mais apropriada de aproximação com a população, tendo em vista ser uma das principais portas de entrada para os serviços de saúde (COSTA et al., 2013).

Dificuldades para prevenir a sífilis

Essa categoria é compreendida pelo conjunto de três subcategorias: “desconhecimento da população/irresponsabilidade”; “negligência por parte do profissional” e “falta de apoio da gestão e de recursos”; cujas unidades de sentido apontam para as dificuldades que os profissionais encontram para realizar a prevenção da sífilis.

Nessa direção, os profissionais da saúde associaram as dificuldades para prevenir a sífilis ao não acatamento das informações por parte dos usuários; a falta de compromisso dos profissionais com as atividades educativas e notificação no SINAN; a falha da gestão pela intermitência na oferta de testes rápidos e penicilina; a ausência de médicos pediatras; e a falta de recursos financeiros para compra de lanches e brindes, no intuito de estimular o comparecimento da população à UBS, durante a realização de atividades educativas. Os participantes não fizeram relação com condições socioeconômicas

da população restringindo-se apenas ao mérito do usuário, profissional e gestão.

Augidos sobre educação permanente para os profissionais de saúde, 60% afirmaram haver necessidade de capacitações sobre sífilis para esse público. E, aos serem questionados sobre as dificuldades em realizar as atividades, todos referiram como o desconhecimento da população sobre a temática, o que pode ser visualizado por meio da fala “eu acho que a gente deveria buscar mais formas de orientar mais as pessoas porque eu acho que não entra tanto na cabeça delas a importância de se fazer o tratamento direitinho, não abandonar” (Enfermeira 3).

Tal afirmação é corroborada pelo estudo de Osawa (2016), quando observa o pouco conhecimento acerca da sífilis por parte dos usuários. O autor relata que os profissionais que participaram da pesquisa também culpam os usuários. Nesse âmbito, destaca-se que apesar de considerarem uma dificuldade a falta de conhecimento da população, apenas 30% referiram ter realizado atividade educativa junto aos usuários, acerca da temática sífilis. Sendo assim, as orientações ficam restritas ao momento das consultas junto aos pacientes já diagnosticados com a doença.

A prevenção para evitar novos casos deve ser pensar novas estratégias educativas além da disponibilização de informação. A educação em saúde e a aquisição de novos hábitos por parte da população em geral, em especial às populações mais vulneráveis (profissionais do sexo, usuários de drogas intravenosas, entre outros), é de fundamental importância para combater a doença. Assim, o aconselhamento ao paciente deve vir acompanhado com a comunicação da parceria sexual, estimulando o uso dos preservativos durante as relações sexuais. A capacitação e o aperfeiçoamento de forma contínua e permanente das equipes

de saúde são fundamentais para a prevenção e controle da sífilis (SORTICA; ALBUQUERQUE, 2018).

Observa-se que a culpabilização do sujeito foi referida por alguns profissionais, como se pode ver nas afirmativas listadas a seguir:

Eles não temem, porque não é uma doença que leva ao óbito de imediato, então... eles não se preocupam em tratar (Médica 2).

O problema maior é a população que não aceita, que tem vergonha, entendeu? A questão da sociedade, eles se inibem realmente de fazer o tratamento e não aceitam que estão com sífilis e ficam só transmitindo para outros (Enfermeira 7).

A relação de confiança entre o profissional e o usuário é primordial para garantir a qualidade do atendimento e a adesão ao tratamento, por isso deve-se promover informação/comunicação/educação em saúde e assegurar um ambiente de privacidade, tempo e disponibilidade do profissional para o diálogo, garantindo a confidencialidade das informações. Para tanto, o profissional deve estar ciente do manejo das IST, com conhecimento da frequência dos agentes etiológicos das diferentes manifestações clínicas (OSAWA, 2016). Portanto, o profissional é copartícipe de todo o processo de tratamento do sujeito.

Observa-se, também, a resistência dos pais em dialogar sobre sexualidade com os filhos, muitas vezes não permitindo a participação dos adolescentes, em atividades educativas acerca do tema, como bem observou a enfermeira entrevistada.

Em relação aos adolescentes, deve-se falar primeiramente sobre sexualidade para depois entrar nas medidas preventivas, porque na minha área ainda existe esse tabu. Inclusive, a gente acabou com o grupo de adolescentes que havia na UBS por causa disso. Alguns pais iam buscar os adolescentes... que já tinham vida sexual ativa, mas os pais não sabiam e não queriam que a gente falasse sobre esse assunto. Então... a resistência lá é muito grande, existe um tabu muito grande ainda, então falar sobre isso é terrível (Enfermeira 5).

A dificuldade relatada também foi observada no estudo de Sortica e Albuquerque (2018), na cidade de Esteio, no Rio Grande do Sul onde se observou dificuldade dos profissionais em abordar temas que envolvem a sexualidade, por ainda se constituir em tabu não apenas na comunidade, mas também, em questões pessoais e íntimas dos profissionais. Estes, não se sentem preparados e confiantes para abordar o tema.

Outra questão que veio à tona diz respeito a certa negligência por parte da equipe de enfermagem. O relato de uma enfermeira foi bastante contundente ao referir a inexistência de atenção adequada aos casos de sífilis: a enfermagem sempre deixa a desejar quando por algum motivo... não vou dizer que eles ignoram, mas, eles não dão tanta importância aos casos de sífilis... (Enfermeira 6). Essa situação é preocupante visto que essa categoria profissional representa cerca de 50% de todos os profissionais da saúde, além de ser a que mais permanece ao lado e em contato com usuário. Desse modo, a falta de atitude desses profissionais frente ao diagnóstico e controle da sífilis proporciona sub-registros e falhas na vigilância epidemiológica.

Entre os profissionais em estudo sete afirmaram realizar notificações no SINAN e três relataram nunca ter realizado tal

procedimento, ou seja, mais de 30% não seguem as orientações do Ministério da Saúde, conforme este relato: “Nunca notifiquei. Não sei se as enfermeiras notificam, eu sei que eu mesma nunca notifiquei, eu dou o diagnóstico, faço o tratamento, mas a notificação não, mas acho que nas ESF eles fazem” (Médica 4).

A falta de notificação continua sendo um dos maiores entraves para a eliminação da sífilis congênita no Brasil. No estudo realizado por Lafeté et al. (2016), apenas 6,5% dos casos de sífilis em gestantes e 24,1% dos casos na forma congênita foram notificados, refletindo a fragilidade do sistema de saúde pública nacional.

A descontinuidade de oferta de testes rápidos na unidade também foi referida por 80% dos profissionais entrevistados, refletindo a falta de controle e aquisição de insumos, visto que esses materiais são dispensados pelo Ministério da Saúde e redistribuído pelas Regionais de Saúde mediante a alimentação do Sistema de Controle Logístico de Insumos Laboratoriais (SISLOG).

Em relação a gestão dos serviços foi apontada a falta de recursos financeiros para ofertar lanches e brindes durante as palestras, e assim atrair o público para as atividades educativas:

Quando a gente faz atividade educativa muitas vezes somos nós quem financiamos... a gente é que banca financeiramente, por exemplo porque se a gente for fazer só uma palestra sem oferecer nada, as pessoas não vão vir. Então, tem que ter atrativo para as pessoas participarem. Às vezes a gente faz sorteio de prêmios, lanches. Muitas vezes não temos apoio, entendeu? (Enfermeira 3).

Compreender a ausência de brindes e lanches como uma dificuldade para realizar ações educativas, prevenção e



o controle da sífilis sugere uma relação de fragilidade entre profissionais e usuários. Nessa relação a participação da população só passa a ocorrer mediante troca material e por meio do processo de barganha.

Segundo Pio e Oliveira (2014), grupos de educação em saúde no Brasil que adotaram a prática de sorteio de brindes, não foram bem-sucedidos, uma vez que o momento que mais despertou a atenção foi a distribuição de brindes, fazendo com que os temas abordados, no caso a promoção da saúde perdesse espaço mostrando um descompasso com a integralidade do ser humano e concebendo educação como instrumento de controle.

Ações realizadas para controle da sífilis

Essa categoria é compreendida pelo conjunto de três subcategorias, cujas unidades de sentido estão relacionadas as ações desenvolvidas pelos profissionais para o controle da sífilis: “palestras e atividades na sala de espera”; Orientação do tratamento”; e “não realiza atividade”.

De acordo com a Organização Pan Americana de Saúde (2016), diante do contexto das IST e HIV é necessário fortalecer e atualizar as estruturas normativas para que orientem a implementação de intervenções de grande impacto ao longo do processo contínuo de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico, atenção e tratamento integral. Dentre essas ações destacam-se:

- I. Intervenções baseadas em antirretrovirais que incluem o tratamento, profilaxia pré-exposição para pessoas com risco considerável de infecção pelo HIV, e profilaxia pós-exposição para exposição ocupacional e sexual.
- II. Serviços integrais de saúde sexual e reprodutiva que incluam distribuição de preservativos masculinos e femininos e lubrificantes.
- III. Estratégias integrais de informação, educação e comunicação em saúde sexual e reprodutiva, focadas na redução e manejo de comportamentos de risco.
- IV. Prevenção, detecção e tratamento das IST.
- V. Serviços integrais de redução de danos para usuários de substâncias psicoativas, injetáveis e não injetáveis, assim como para os dependentes de álcool.
- VI. Serviços de teste de HIV.
- VII. Circuncisão médica voluntária.
- VIII. Promoção de intervenções de “prevenção positiva” para as pessoas com HIV.

Observa-se que realizar o controle das IST engloba as mais diversas ações, desde o tratamento até às estratégias de educação em saúde. No presente estudo a maioria dos profissionais entrevistados pautou as ações de controle da sífilis somente na oferta de tratamento e em palestras pontuais realizadas na

sala de espera como se vê nestas falas: “As orientações, são em relação à busca pelo tratamento, e iniciar o tratamento correto, dar continuidade, buscar o serviço de saúde do bairro” (Enfermeiro 2); “A educação em saúde aqui é através de palestras na sala de espera” (Enfermeiro 1).

É possível dizer que as ações de prevenção são tímidas e incipientes e as de promoção da saúde ausentes, fazendo acreditar que as orientações, realizadas pelos profissionais, estão centradas em “prescrições”, fortemente ancoradas no modelo biomédico. Nessa direção, Salazar (2011) faz um contraponto ao considerar que a promoção da saúde pode ser compreendida como um processo transformador, capaz de melhorar as condições de vida e saúde e que só se viabiliza mediante profissionais críticos e com capacidade de adaptação a contextos diversos.

Assim, o processo educativo de construção de conhecimentos em saúde visa à apropriação da temática pela população, cujas práticas profissionais podem e devem contribuir para aumentar a autonomia das pessoas no cuidado a fim de alcançar uma atenção à saúde de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2015).

Para Scahll (1995), é fundamental que, no processo de planejamento das ações educacionais no campo da saúde, profissionais e população reflitam sobre os problemas com os quais se defrontam para que, assim, desenvolvam estratégias e ações compatíveis aos valores existentes e assumam abordagens filosóficas sobre a sociedade, o homem, a saúde e a doença, que venham, de fato, contribuir para a promoção efetiva do ser humano.

Dentre as ações de controle da sífilis, destaca-se o acesso do usuário ao tratamento da doença. Nesse sentido, as falas dos entrevistados revelaram que 80% dos tratamentos da sífilis são realizados no hospital, 10% na ESF e 10% dos profissionais



não souberam informar onde ocorre o tratamento da doença. Tal constatação caminha na contramão do preconizado na Portaria Nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011, a qual define que a administração da penicilina nas unidades de Atenção Básica à Saúde, tem o objetivo de ampliar o acesso, desburocratizar e garantir a adesão ao tratamento (BRASIL, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se dizer que a percepção dos profissionais sobre a sífilis se traduz em tratar os pacientes ou fazer palestras para que a população compreenda a importância de seguir os tratamentos e as orientações. Para tanto, a população deve seguir rigorosamente a prescrição dos profissionais de saúde sem, no entanto, considerar as dimensões da educação em saúde que estimulem a compreensão acerca da promoção da saúde e da prevenção da sífilis, por meio de estratégias educacionais que promovam a tomada de consciência e o empoderamento social. Cabe destacar que os profissionais em tela orientam, informam, educam - compreendendo informação, comunicação e educação como sinônimos. Entretanto, apesar desses objetos possuírem uma interface que os conectam, apresentam distinções, isto é, quem orienta/informa (diz como fazer) e quem facilita a aprendizagem, lançando mão de estratégias metodológicas que oportunizem a construção do conhecimento, promovem a tomada de consciência e uma possível mudança de hábitos e de comportamento.

Vê-se, assim, o predomínio de percepções que se ancoram em teorias que não dão conta das dimensões subjetivas, culturais e sociais dos sujeitos. Parte-se do pressuposto de que todos



deveriam seguir em direção a integralidade do cuidado por meio de estratégias interprofissionais. Mas, certamente, o paradigma biomédico vem exercendo maior poder e definindo o formato das práticas, por meio da pedagogia da transmissão, pouco efetivas, que se traduzem na dificuldade de redução da sífilis e, conseqüentemente, na propagação no município.

Por fim, sugere-se que os gestores do município de Guamaré possam debater os resultados aqui apresentados, para que seja feita uma reflexão seguida de debate e quiçá demonstrada a necessidade de implantação da Educação Continuada e da Educação Permanente em Saúde, objetivando sanar possíveis deficiências relacionadas ao período de formação desses profissionais de saúde. Nessa perspectiva, o plano municipal de saúde poderá abrigar proposições para a implantação de projetos de intervenção para controle da sífilis no município, ancorado na cogestão e no trabalho interdisciplinar em saúde.

Referências

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

BRASIL. **Diretrizes para o controle da sífilis congênita**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

BRASIL. **Portaria nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3161_27_12_2011.htm. Acesso em: 05 nov. 2019.

BRASIL. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

BRASIL. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

BRASIL. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico Sífilis 2017**. Volume 48, nº36-2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

COSTA, C. C. et al. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 152-159, 2013.



CUTOLO, L. R. A. Modelo biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. **ACM Arq. Catarin. Med.**, v. 35, n. 4, p. 16-24, 2006.

FONTANELLA, B. I. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R.
Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: Contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

HORVATH, A. Biology and natural history of syphilis. In: GROSS G, TYRING SK. (ed.). **Sexually transmitted infections and sexually transmitted diseases**. Springer, 2011. p. 129-141.

LAFETÁ, K. R. G. et al. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 63-74, mar. 2016.

LORENZI, D. R. S. et al. Transmissão vertical da sífilis: prevenção, diagnóstico e tratamento. **Femina.**, v. 37, n. 2, p. 83-90, 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

OSAWA, M. I. Sífilis na gestação: estratégias e desafios dos enfermeiros da atenção básica para o tratamento simultâneo do casal. **Rev. Bras. Prom. Saúde**, Fortaleza, v. 29, 85-92, dez. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS).
Diagnóstico laboratorial de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o vírus da imunodeficiência humana. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.



PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). Plan of Action for the Prevention and Control of HIV and Sexually Transmitted Infections (2016-2021). **55th Directing Council, 68th Session of the Regional Committee of WHO for the Americas, Resolution CD44.15**. Washington (DC): PAHO, 2016.

PIO, D. A. M.; OLIVEIRA, M. M. Educação em saúde para atenção à gestante: paralelo de experiências entre Brasil e Portugal. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 313-324, mar. 2014.

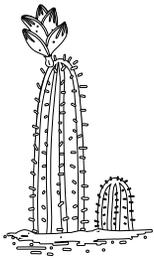
SALAZAR, L. M. **Reflexiones y posiciones alrededor de la evaluación de intervenciones Complejas**. Santiago de Cali: Programa Editorial Universidad del Valle, 2011.

SCHALL, V. T.; STRUCHINER, M. Educação no contexto da epidemia de HIV/AIDS: teorias e tendências pedagógicas. In: CZERINA, D. (Orgs). **AIDS: pesquisa social e educação**. Rio de Janeiro/São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1995. p. 84-10.

SORTICA, A. C.; ALBUQUERQUE, P. P. Educação em saúde: um estudo de caso sobre sífilis congênita no município de esteio no Rio grande do sul. **Saberes Plurais: Educação na Saúde**, v. 2, n. 3, p. 120-133, 2018.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2004.





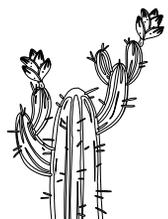
ANÁLISE DA COMPLETUDE DOS INSTRUMENTOS DE INVESTIGAÇÃO DOS ÓBITOS INFANTIS E FETAIS NO MUNICÍPIO DE CAICÓ – RN

*Laianny Krizia Maia Pereira
Tatyana Maria Silva de Souza Rosendo
Karla Patrícia Cardoso Amorim*

INTRODUÇÃO

A vigilância do óbito infantil e fetal é recomendada como uma estratégia que contribui para a prevenção de óbitos evitáveis pelos serviços de saúde. No Brasil, o marco de reorganização do processo de trabalho nos estados e municípios para a vigilância do óbito infantil e fetal foi a Portaria de Nº 72, de 11/01/2010 que refere a obrigatoriedade da investigação do óbito, executada pelo poder público em prazo oportuno, 120 dias e o lançamento do Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal, dos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal (BRASIL, 2009; BRASIL, 2010; SANTOS *et al.*, 2014).

Como referência para a estruturação da vigilância do óbito, o marco citado vem tornando essa proposta uma realidade. Para Frias *et al.* (2013), a vigilância do óbito, além de fontes



regulares de informações, como o sistema de informação sobre mortalidade, é necessária a vigilância ativa, que se caracteriza pelo contato direto, em intervalos regulares, com as fontes de investigação. Nesse caso, como vigilância ativa especial, temos a investigação do óbito. Esses autores ainda definem a investigação do óbito como sendo um estudo de campo realizado com base na identificação de óbitos, para assim, avaliar as implicações diretas relacionadas à ocorrência desses óbitos para a saúde coletiva, objetivando melhor orientar a elaboração de medidas de prevenção e controle.

O início do processo de investigação do óbito contempla a identificação deste e prossegue-se com a coleta de dados em várias fontes, como a entrevista com a família e os registros dos serviços de saúde, por meio do uso dos formulários de investigação que permitirão à equipe de vigilância de óbitos e ao comitê, em qualquer instância de governo, analisar as informações e orientar as intervenções para reduzir os óbitos evitáveis (BRASIL, 2011). Os instrumentos de investigação têm caráter confidencial, objetivam facilitar e reconstruir a história dos óbitos e a compreensão das circunstâncias que culminaram com a morte fetal e de crianças menores de 1 ano. (FRIAS et al., 2013; BRASIL, 2010).

Essa estratégia se revela uma importante ferramenta de gestão, que possibilita gerar informações para as equipes de saúde, levando a consciência crítica e aperfeiçoamento dos sistemas de informação (CAETANO; VADERLEI; FRIAS, 2013; OLIVEIRA et al., 2018).

Ela facilita, também, o planejamento de ações direcionadas aos principais problemas de saúde e às barreiras assistenciais, instigando o desejo por contribuir para o alcance da meta de redução da mortalidade infantil inseridos nos

Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que devem ser alcançados até 2030 (ABOUZAHAR et al., 2015; GROVE et al., 2015).

Sendo assim, o monitoramento e a investigação do óbito têm sido usados como instrumento de melhoria da qualidade da atenção à saúde e de qualificação da informação em saúde, com vistas a aumentar a cobertura dos sistemas de informações (SARDINHA, 2014).

As informações devem ser de boa qualidade, com os campos das fichas de investigação preenchidos de forma correta, com dados completos e atualizados. Logo, a completude caracteriza-se como uma das variáveis que devem ser consideradas na análise da adequação das informações e no monitoramento e que contribui para o aprimoramento dos registros (LAWN et al., 2014; RAMALHO et al., 2015).

Diante do cenário de relevância social da mortalidade infantil e fetal, enquanto indicador do nível de saúde e desenvolvimento das populações, a monitoração, quantificação e qualificação dos óbitos infantis se tornam fundamentais, sobretudo devido à inevitabilidade da maioria destes. Frente a essa realidade, o presente estudo teve como objetivo analisar a completude dos registros presentes nas fichas de investigação dos óbitos infantis e fetais no município de Caicó/RN.

MÉTODOS

Este estudo segue uma abordagem quantitativa, de caráter descritivo, realizado no município de Caicó, localizado no estado do Rio Grande do Norte – Nordeste do Brasil e principal cidade



da região do Seridó, região Centro-sul do estado, distante 256 km da capital estadual, Natal.

O estudo teve como recorte temporal os anos de 2010 a 2015. Este recorte se deu em virtude da publicação da Portaria nº 72, de 11 de janeiro de 2010, a qual estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, esse período apresentou disponibilidade de dados consolidados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) da Secretaria de Saúde do município estudado.

Como participantes da pesquisa, foram incluídos 58 óbitos infantis e fetais, notificados e investigados, de residentes no município de Caicó. Foram utilizados dados secundários sobre os óbitos infantis e fetais, fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Caicó, provenientes do SIM- local (sistema restrito a SMS) e do setor de vigilância de óbito.

Os dados do Setor de Vigilância de óbito dispõem das fichas utilizadas na investigação do óbito, preconizadas pela Portaria GM nº 72/2010 e adotadas pelo município de Caicó, lembradas aqui: Ficha de Investigação Ambulatorial - F1 e I1; Ficha de Investigação Hospitalar - F2 e I2; Ficha de Investigação Domiciliar - F3 e I3; contemplada com Autopsia Verbal _AV1 em caso de causa da morte mal definida ou desconhecida; e Síntese, Conclusões e Recomendações - IF5. Quando é realizada a necropsia, utiliza as fichas de coleta de dados de laudo da necropsia - IF4 (BRASIL, 2010).

O preenchimento dessas fichas depende do percurso assistencial realizado pela gestante, parturiente e criança menor de um ano. A depender dessa condição, o investigador poderá utilizar uma ou mais fichas descritas. Sendo assim,

nesta pesquisa, foram utilizadas apenas as fichas que corresponderam aos casos analisados.

A Ficha Síntese, Recomendações e Conclusões, parte do processo de investigação, é a sumarização das fichas anteriores coletadas. Está disponível tanto no setor de vigilância, como no próprio SIM. No entanto, para este estudo, optou-se por utilizar a versão *on line* presente no SIM.

Destaca-se que a Completude segue a mesma definição utilizada por Cepal (2003) como sendo a proporção de campos preenchidos por campos não preenchidos. Nesse sentido, para análise dessa dimensão foram inseridas todas as variáveis presentes nos instrumentos de investigação (DO e fichas de investigação), com exceção das variáveis não aplicáveis aos óbitos infantis e fetais.

Para análise do grau de completude dos instrumentos foram utilizados os escores propostos por Romero e Cunha (2006), adaptados, com o intuito de avaliar o grau de preenchimento das variáveis, para uma melhor compreensão. São eles: Excelente (mais de 95,0% de preenchimento); Bom (94,9% a 90,0% de preenchimento); Regular (89,9% a 80,0% de preenchimento); Ruim (79,9% a 50,0% de preenchimento) e Muito Ruim (Menos de 50% de preenchimento).

Tabela 1 – Descrição da classificação da completude e cor adotada no estudo. Caicó/RN. 2015.

CLASSIFICAÇÃO DA COMPLETUDE	GRAU DE PREENCHIMENTO*	COR ADOTADA
Excelente	Mais de 95,0%	
Bom	94,9% a 90,0%	
Regular	89,9% a 80,0%	
Ruim	79,9% a 50,0%	
Muito Ruim	Menos de 50%	

Fonte: Adaptado de Romero e Cunha (2006).

Para o armazenamento dos dados foi utilizado o programa Microsoft Excel. Em seguida, foram analisados por meio de frequências absolutas e relativas, utilizando-se o programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0, e discutidos à luz da literatura pertinente ao tema.

É importante ressaltar que esta pesquisa é um recorte de um estudo maior intitulado “Análise da Qualidade da Investigação dos Óbitos Infantis e Fetais no município de Caicó/RN”, e segue os critérios e exigências estabelecidos pela Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL) – CAAE nº 56075716.2.0000.5292.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O universo do estudo compreendeu 58 óbitos notificados e investigados. Em relação ao percentual de fichas preenchidas

durante o processo de investigação, levando em consideração a busca do máximo possível de informações para o levantamento das circunstâncias que envolveram o óbito, observou-se neste estudo a preponderância (93,4%) da entrevista domiciliar, com ênfase para os óbitos fetais, seguido da ficha ambulatorial, com 91,4%, que aparece como a mais utilizada entre os óbitos infantis. Por fim, a ficha com informações hospitalares foi a que menos se fez presente nos casos investigados, perfazendo ao total (82,8%).

Todos os casos foram concluídos com o preenchimento da ficha síntese. Para as fichas de SVO/IML não houve preenchimento e a autópsia verbal foi observada em apenas 2 casos. A Tabela 2 apresenta a distribuição dos óbitos infantis e fetais, segundo tipo de ficha utilizada na investigação.

Tabela 2 - Distribuição dos óbitos infantis e fetais segundo tipo de ficha de investigação utilizada. Caicó/RN, 2010 -2015.

BLOCOS	Fichas de investigação preenchidas		
	Óbito Fetal (n=33)	Óbito Infantil (n=25)	TOTAL (n=58)
	N (%)	N (%)	N (%)
Entrevista domiciliar	32 (97,0)	22 (88,0)	54 (93,4)
Hospitalar	27 (81,8)	21 (84,0)	48 (82,8)
Ambulatorial	29 (87,9)	24 (96,0)	53 (91,4)
Autópsia verbal	1 (3,0)	01 (4,0)	02 (3,4)
SVO/IML	-	-	0 (0,0)
Síntese	33 (100,0)	25 (100,0)	58 (100,0)

Fonte: Serviço de Verificação de Óbito (SVO); Instituto Médico Legal (IML); Ficha Síntese.



A busca do material utilizado na investigação junto a SMS não foi possível em sua totalidade, visto a não localização no setor da Equipe Técnica da Secretaria Municipal de Saúde. Em apenas 12 dos 33 óbitos fetais e 11 dos 25 óbitos infantis foi possível localizar as fichas empregadas no processo de investigação, o que representou um percentual de perdas de cerca de 63,7% e 56%, respectivamente. Vale ressaltar que houve várias tentativas para localizar o material, implicando, inclusive, mais de uma visita ao setor responsável, recorrendo-se, ainda, a funcionários atuais e antigos do local e aos arquivos propriamente ditos. Sendo assim, as fichas de investigação utilizadas neste estudo foram a Ambulatorial, Hospitalar e Entrevista Domiciliar por corresponderem aos casos com material encontrado. Ressalta-se que a Ficha Síntese será analisada em todos os óbitos infantis e fetais por estarem disponível no SIM.

Este estudo trouxe à tona um grave problema, o qual pode ter representado limite para a pesquisa. A visível falta de organização com as fichas reflete num cenário de grande complexidade, pois não são apenas documentos importantes, mas documentos que possuem um significado ainda maior e mais amplo. Retratam histórias de casos que culminaram em óbitos, permitindo que esses continuem a serviço da vida.

São instrumentos imprescindíveis para a construção de planejamento de saúde, colocando em destaque as dificuldades no processo de implantação da vigilância do óbito, com a introdução das fichas de investigação propostas em 2009 (BRASIL, 2009).

Foi observado um menor uso da investigação do óbito no serviço hospitalar onde a gestante foi internada para o atendimento ao parto, quando comparadas a investigação no serviço ambulatorial à entrevista domiciliar, para ambos os óbitos. A literatura aponta que os maiores obstáculos em conseguir

os dados para as investigações, pelo município, podem estar pautados na burocratização no acesso aos serviços de saúde, à escassa participação das equipes de saúde da família na realização da investigação do óbito ou a desarticulação entre os envolvidos na investigação e vigilância do óbito na captação da investigação e informação (MELLO-JORGE; LAURENTI; DI NUBILA, 2010; SANTANA; AQUINO; MEDINA, 2012).

Ao analisar o universo das fichas de investigação, no que se refere à proporção de preenchimento e critério de completude por blocos de variáveis, percebe-se que para os óbitos fetais, os blocos referentes às características da mãe e da família da entrevista domiciliar, e à assistência ao parto, da ficha hospitalar, apresentaram as piores completudes, com 73,1% e 73,5%, respectivamente.

No caso dos óbitos infantis, o bloco de destaques com pior escore de preenchimento foram informações sobre a doença que levou a morte da entrevista domiciliar (60%) e na ficha síntese, a parte II – análise do caso (60,6%). Escore excelente apenas foi visto na ficha hospitalar e síntese, para o componente infantil.

A análise da completude dos instrumentos de investigação dos óbitos infantis e fetais segue apresentado, por bloco de variáveis, na Tabela 3.

Tabela 3: Completude das fichas de investigação de óbitos infantis e fetais, por bloco de variáveis. Caicó/RN, 2010 – 2015.

	Variáveis preenchidas por bloco	Óbito Fetal		Óbito Infantil	
		% variáveis preenchidas	Grau de preenchimento (total)	% variáveis preenchidas	Grau de preenchimento (total)
Ambulatorial	Identificação	75,0	Ruim	62,9	Ruim
	Assistência Pré-natal	81,4	Regular	86,3	Regular
	Assistência à criança	-	-	66,6	Ruim
	TOTAL	78,2	Ruim	71,9	Ruim
Hospitalar	Identificação	94,4	Bom	96,9	Excelente
	Assistência ao parto	73,5	Ruim	78,8	Ruim
	Anotações complementares sobre o natimorto**	81,4	Regular	-	-
	Assistência hospitalar ao recém-nascido após o nascimento*	-	-	61,1	Ruim
	Assistência à criança no hospital durante a doença que levou à morte*	-	-	73,8	Ruim
	TOTAL	83,1	Regular	70,1	Ruim

Entrevista Domiciliar	Identificação	79,5	Ruim	77,6	Ruim
	Características da mãe e da família	73,1	Ruim	78,2	Ruim
	Gestação e Pré-natal	83,6	Regular	92,9	Bom
	Assistência ao parto	80,5	Regular	91,6	Bom
	Informações sobre o natimorto **	75,7	Ruim	-	-
	Informações sobre atendimento da criança na maternidade *	-	-	93,9	Bom
	Informações sobre a criança que teve alta da maternidade *	-	-	94,4	Bom
	Informações sobre a doença que levou a morte *	-	-	60,0	Ruim
	TOTAL	78,4	Ruim	84,0	Regular
Síntese	Identificação	82,3	Regular	99,0	Excelente
	Parte I – Investigação do Caso	94,4	Bom	92,4	Bom
	Parte II – Análise do Caso	78,7	Ruim	60,6	Ruim
	TOTAL	85,2	Regular	84,0	Regular

Fonte: Dados da pesquisa.¹

1 Nota: Para ficha síntese foi utilizado N = 33/25 para óbito fetal e infantil, respectivamente. Para as demais fichas, utilizou-se n = 12/11. *Não se aplica ao óbito fetal/ ** Não se aplica ao óbito infantil.



No geral, verifica-se um baixo percentual na completude dos registros das fichas de investigação, observados neste estudo, representados por variação de escores entre regular e ruim, põem mais uma vez em questão, a qualidade dessas investigações.

Ao analisar a completude da ficha ambulatorial, o grau de preenchimento dos registros para os dois tipos de óbitos do estudo foi considerado ruim, sendo 78,2% para fetais e 71,9% para infantis. Fato que, possivelmente, pode ser atribuído à frágil capacitação dos profissionais das equipes de atenção básica para o trabalho investigativo. Outro fator contribuinte pode estar relacionado à falta de responsabilização por parte das equipes, uma vez que ainda não se assumiram como parte fundamental nesse processo.

Por outro lado, ainda foi constatado que, apesar de escore regular, o bloco com dados relacionados ao pré-natal teve um melhor preenchimento em relação aos demais blocos (81,4% OF; 86,3% OI), o que pode ser devido à facilidade da obtenção desses dados, indicando indiretamente indícios de qualidade do pré-natal.

Para os óbitos fetais, observou-se que o melhor preenchimento ocorreu no bloco de assistência ao pré-natal (81,4%), ainda obtendo um grau de preenchimento regular. Apesar do escore ruim, para os óbitos menores de um ano, evidenciou-se que 51,1% das variáveis contidas nessa ficha tiveram percentual de completude excelente. O bloco de identificação apresentou o pior preenchimento para ambos os óbitos (Tabela 3).

Para as fichas de entrevista domiciliar, observa-se os óbitos fetais com escore total ruim, evidenciado, principalmente, pela baixa completude (< 80%) em três dos cinco blocos que se aplicam a esse grupo, o que traduz uma maior preocupação em relação aos óbitos infantis. Esse panorama poderia ter

sido diferente, uma vez que o município de Caicó possui 100% de cobertura de ESF. No entanto, esses achados podem estar relacionados aos fatores já citados, uma vez que tanto a coleta de informações captadas pela entrevista domiciliar quanto as captadas pela ficha ambulatorial são de responsabilidade da equipe da atenção básica, mais especificamente, na maioria, do enfermeiro.

Resultados semelhantes foram encontrados no estudo realizado por Caetano, Vanderlei e Frias (2013), com óbitos de menores de um ano, onde se constatou que o grau de preenchimento global de cada ficha foi considerado ruim, variando de 70,34% (ambulatorial) a 76,12% (domiciliar).

No entanto, outras dificuldades para a operacionalização da vigilância dos óbitos foram detectadas: alta rotatividade de profissionais das equipes de saúde da família, sobrecarga de atividades, baixa cobertura de Programa de Agentes Comunitários de Saúde/ESF, ausência de transporte para realização das investigações, ausência de articulação entre atenção básica e vigilância epidemiológica.

No que se refere à completude da ficha hospitalar, segundo a Tabela 3, constata-se escore total regular para óbitos fetais e ruim para os menores de um ano. Diante esse cenário, a instalação de núcleo hospitalar de epidemiologia poderia ser uma boa alternativa para reduzir os obstáculos relacionados à falta de informações no seguimento hospitalar (CAETANO; VANDERLEI; FRIAS, 2013).

Entretanto, o grau de preenchimento excelente se fez presente entre as variáveis. Para os natimortos, consta o bloco Identificação com variáveis mais preenchidas, totalizando o bloco com 94,4% de preenchimento e escore bom. Para o óbito infantil, o bloco de Identificação apresentou critério excelente,

atingindo 96,9% de campos preenchidos. Fato previsível, corroborando outras pesquisas que apresentaram melhora considerável, ao longo dos anos, em outros instrumentos de coleta de dados (COSTA; FRIAS, 2011; MACENTE; ZANDONADE, 2010).

O bloco de Assistência ao parto apresentou critério ruim para os dois componentes de estudo. O bloco com informações inerentes à Assistência hospitalar ao recém-nascido após o nascimento, aplicado apenas aos óbitos infantis, apresentou-se com o pior grau de preenchimento (61,1%).

O presente estudo também apontou que o bloco Assistência à criança no hospital durante a doença que levou à morte, foi preenchido em três casos de investigação hospitalar de óbito infantil, no entanto, segundo o manual de preenchimento das fichas de investigação, esse bloco deve ser aplicado quando a criança recebe alta após o nascimento e reinternada durante a doença que levou à morte (BRASIL, 2011). Sendo assim, aplica-se apenas a dois casos do estudo.

Quanto aos fatores que contribuem para o baixo percentual de preenchimento das fichas dos estabelecimentos de saúde, a literatura cita a falta de qualidade desses registros e, ainda acrescenta a falta de investimentos municipais na captação dessas informações e qualificação dos profissionais para o trabalho investigativo nos diferentes níveis da rede assistencial, dificuldades de obtenção dos prontuários médicos, e ainda o desconhecimento do percurso da criança antes de vir a óbito serve de obstáculo para o desencadeamento do caso (SANTANA et al., 2011).

A ficha síntese, recomendações e conclusões apresentaram critério de completude considerado regular para óbitos infantis e fetais, sendo 84% e 85,2%, respectivamente. Destacando-se a completude excelente (99%) no bloco

identificação, para óbitos infantis. Quanto a parte II da ficha síntese, em 13 dos casos fetais e 9 dos infantis, esse bloco não foi respondido. Tratando-se dos casos respondidos, obteve grau de preenchimento ruim para os dois componentes (Tabela 3).

A análise da completude da ficha síntese revela o descaso que vem sendo dado pela gestão municipal para a investigação dos óbitos. O baixo preenchimento não só das variáveis que compõem a Parte II, mas do bloco em si, retrata muito bem essa questão, uma vez que trata de campos estritamente relacionados ao objetivo efetivo de uma investigação, levando-nos a questionar o porquê de investigar, trazendo à tona, novamente, que o real objetivo do processo de investigação do óbito não está sendo levado em consideração. Pode-se até dizer que situação como essa caracteriza uma camuflagem do panorama da vigilância do óbito para o município em questão.

Tal situação revela o pouco conhecimento ou a desvalorização do processo para o fechamento do caso e possíveis recomendações fundamentais para evitar a ocorrência de novas mortes (BRASIL, 2009).

É necessário, ainda, externar a preocupação a respeito da qualificação dos profissionais que realizam esse trabalho. É importante que o entrevistador seja uma pessoa qualificada, capaz de entender as orientações do manual. Seu papel não é encontrar a causa da morte que está investigando, e sim, obter, da forma mais isenta possível, as informações essenciais para que um grupo técnico, após a avaliação da ficha, seja capaz de elaborar a conclusão do caso.

Portanto, deve preencher os formulários adequadamente e levar ao grupo os esclarecimentos do caso. Perceber quão importante é a participação no processo de vigilância dos óbitos é fundamental para obter o máximo de desempenho



(BRASIL, 2011). O autor ainda reforça que a capacitação para tal função deve ser rigorosa. O método exige clareza e um distanciamento profissional do caso que se está investigando.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A leitura dos dados aponta para a existência de fragilidades no sistema de vigilância do óbito do município de Caicó. Problemas importantes de completude das informações sobre os óbitos infantis e fetais foram evidenciados neste estudo, afetando a qualidade das informações, o que leva a inviabilizar inferências mais acuradas. Esse contexto demonstra que informações preciosas para orientar as ações de saúde, colocam-se ainda como um desafio para os serviços e profissionais de saúde.

Considera-se fundamental repensar os aspectos que se mostraram insuficientes para garantir uma boa completude e, assim, dar qualidade as investigações dos óbitos infantis e fetais, com definição de medidas para a prevenção e, ainda, aprimoramento do sistema de informações sobre essas mortes.

Sendo assim, resta contar com a motivação e interesse dos responsáveis pela saúde da população e sugerir às autoridades governamentais, da área da Saúde, que atuem de forma a promover iniciativas em busca de uma Vigilância do Óbito eficaz, favorecendo processos dinamizadores que se distanciem da burocratização, em que cada óbito ocorrido gere investigações com múltiplos olhares, de familiares, trabalhadores e gestores, de modo a fomentar uma análise crítico-reflexiva sobre o cuidado e o sistema de saúde e que essa situação se torne rotina no processo de trabalho dos serviços de saúde.



Referências

ABOUZAHAR, C. et al. Civil registration and vital statistics: progress in the data revolution for counting and accountability. **Lancet**, v. 386, n. 10001, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº72, de 11 de janeiro de 2010**. Estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Manual de Preenchimento das Fichas de Investigação do Óbito Infantil e Fetal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CAETANO, S. C.; VANDERLEI, L.C.M.; FRIAS, F.G. Avaliação da completitude dos instrumentos de investigação do óbito infantil no município de Arapiraca, Alagoas. **Cad. Saúde Colet.**, v.21, n.3, 2013.

CEPAL. Comisión Económica Para América Latina y el Caribe. **Gestión orientada a asegurar la calidad de los datos en los institutos nacionales de estadística**. Santiago de Chile: CEPAL; 2003.



COSTA, J. M. B. S.; FRIAS, P. G. Avaliação da completude das variáveis da declaração de óbitos de menores de um ano residentes em Pernambuco, 1997-2005. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.1, n. 16, 2011.

FRIAS, P. G. et al. Vigilância do óbito: uma ação para melhorar os indicadores de mortalidade e a qualidade da atenção à saúde da mulher e da criança. In: BITTENCOURT, S.; DIAS, M.; DUARTE, M. (Org.) **Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade**. Rio de Janeiro: EAD/Ensp., 2013.

GROVE, J. et al. Maternal, newborn, and child health and the Sustainable Development Goals: a call for sustained and improved measurement. **Lancet**, v. 386, n. 10003, 2015.

LAWN, J. E. et al. Every Newborn Study Group. Every Newborn: progress, priorities, and potential beyond survival. **Lancet**, v. 384, n. 9938, 2014.

MACENTE, L. B.; ZANDONADE, E. Avaliação da completude do sistema de informação sobre Mortalidade por suicídio na região sudeste, Brasil, no período de 1996 a 2007. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 59, n. 3, 2010.

MELLO-JORGE, M. H.; LAURENTI, R.; GOTLIEB, S. L. D. Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras: a experiência de implantação do SIM e do SINASC. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 12, 2007.

OLIVEIRA, C. M. et al. Adequação da investigação dos óbitos infantis no Recife, Pernambuco, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n.3, 2018.



RAMALHO, M. O. A. et al. Avaliação da incompletitude de óbitos de menores de um ano em Pernambuco, Brasil, 1999-2011. **Cien. Saude Colet.**, v. 20, n. 9, 2015.

ROMERO, D. E.; CUNHA, C. B. Avaliação da qualidade das variáveis socioeconômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informação Sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001). **Cad. Saude Publica**, v.22, n.3, 2006.

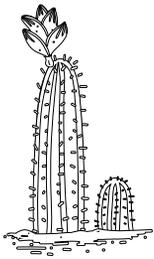
SANTANA, I. P. et al. Aspectos da mortalidade infantil, conforme informações da investigação do óbito. **Acta Paul. Enferm.**, v. 24, n. 4, 2011.

SANTANA. M.; AQUINO. R.; MEDINA, M.G. Efeito da estratégia saúde da família na vigilância dos óbitos infantis. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 1, 2012.

SANTO, H. G. D. et al. Agreement on underlying causes of infant death between original records and after investigation: analysis of two biennia in the years 2000. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 17, n2, 2014.

SARDINHA, L. M. V. **Mortalidade infantil e fatores associados à atenção à saúde; estudo caso-controle no Distrito Federal (2007-2010)**. 2014. Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical, Faculdade de Medicina, Universidade de Brasília, Brasília. 2014.





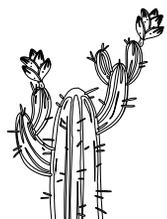
SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS E A QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO RIO GRANDE DO NORTE

*Márcia Cunha da Silva Pellense
Severina Alice da Costa Uchoa*

INTRODUÇÃO

Ao longo do tempo, a Atenção Primária à Saúde (APS) vem ganhando diversos significados para diferentes pessoas, em épocas e lugares específicos, o que nos remete a desafios importantes para a sua compreensão. A atenção primária à saúde vem sendo reconhecida como uma parte integrante do sistema formal de atenção à saúde em todos os países. Em diversos momentos, a APS tem sido descrita como uma estratégia de atenção à saúde seletiva, focalizada na população mais pobre e portadora de uma tecnologia simples e limitada. Em contrapartida, outros advogam um sentido mais amplo, sistêmico e integrado de APS, possibilitando articulações intersetoriais em prol do desenvolvimento humano, social e econômico das populações (MATTA; FAUSTO, 2007).

Embora esses conceitos de atenção primária à saúde tenham sido pensados para serem aplicados em todos os países, há discordâncias a respeito da extensão na qual eles são aplicáveis nas nações industrializadas, bem como a respeito dos



impedimentos à aplicação. Somado a isso, deve-se considerar ainda que aspectos econômicos, políticos e ideológicos que permeiam as práticas no campo da saúde produzem distintas interpretações e abordagens em APS nos diferentes sistemas de saúde (STARFIELD, 2002).

No Brasil, a APS reflete os princípios da Reforma Sanitária, levando o Sistema Único de Saúde (SUS) a adotar a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, com base em um sistema universal e integrado de atenção à saúde (MATTA; FAUSTO, 2007).

Nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família tem ocupado um espaço importante na agenda da política de saúde. Mas, ao mesmo tempo, por ser um modelo específico de organização da atenção que tem incentivado à implantação nas diferentes realidades do país, tem provocado críticas importantes à estruturação e implementação.

Nesse sentido, a avaliação dos sistemas de saúde ganha força como um componente essencial para a tomada de decisões que busque superar a crescente tensão entre as expectativas de atendimento da população em função do desenvolvimento de novos conhecimentos e técnicas, de um lado, e a necessidade de controlar os gastos públicos com a saúde, do outro (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Nessa perspectiva, alguns estudos de avaliação vêm sendo desenvolvidos no sentido de expansão da avaliação de práticas, programas e sistemas de saúde, considerando outras dimensões tais como: eficácia, efetividade, impacto, eficiência, qualidade, satisfação/percepção dos usuários, acessibilidade, cobertura, etc. (PAIM; SILVA, 2006).

No Brasil, algumas iniciativas de avaliação institucionais visam ir além dos aspectos técnicos e organizacionais

envolvidos na prestação de serviços, introduzindo mudanças na formação e capacitação dos sujeitos das práticas e nas relações de trabalho que tomam como foco a melhoria da qualidade e a humanização do atendimento que requerem novas concepções de “porta de entrada” dos serviços (ROCHA *et al.*, 2008) .

Na região nordeste, destacam-se experiências como o estudo da implantação do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), realizado pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), cujo objetivo era avaliar a Atenção Básica nas dimensões político institucional, a atenção à saúde e cuidado, tendo como foco a expansão da cobertura, qualificação e consolidação da Estratégia Saúde da Família.

A mais recente iniciativa institucional de avaliação dos serviços de saúde se deu por meio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), insituído por meio da Portaria nº 1.654 de 19 de julho de 2011. Segundo o Ministério da Saúde (MS) o PMAQ tem por objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2012).

Essa mudança é verificada por meio do processo de Avaliação Externa, a qual se configura como uma das fases na qual é realizada um conjunto de ações que averiguará as condições de acesso e de qualidade dos municípios e Equipes da Atenção Básica que participam do referido Programa.

No Estado do Rio Grande do Norte (RN), a adesão ao PMAQ ocorreu em outubro de 2011 e correspondeu a 370 Unidades Básicas

de Saúde e 412 Equipes de Atenção Básica, isso equivale a 34,1% de UBS e a 43,87% de adesão das EAB no Estado (BRASIL, 2013).

Uma das dimensões do PMAQ para avaliar a qualidade na atenção básica, está relacionada à satisfação dos usuários. Nesse aspecto, tem crescido o número de estudos com interesse na satisfação do usuário. Autores, como Donabedian (1990) e Vuori (1991), já consideravam a aceitabilidade como um atributo relacionado à qualidade. Nesse sentido, a aceitabilidade é tida como o fornecimento dos serviços de acordo com as normas culturais, sociais e expectativas dos usuários e familiares (SAMICO *et al.*, 2010).

Nessa direção, o estudo realizado por Cotta (2005) sobre a satisfação dos usuários do Programa Saúde da Família já apontava para o fato de que a percepção deles sobre a prática da Saúde da Família é de extrema importância, uma vez que a comunidade é a razão da existência dele e deve ser identificada como sujeito capaz de avaliar e intervir, modificando o próprio sistema, fortalecendo a democracia em saúde.

Outros estudos como, por exemplo, o de Savassi (2010), afirmam que um dos aspectos fundamentais da qualidade de um serviço, refere-se à satisfação do usuário. Segundo o autor, a percepção desse usuário interferirá na acessibilidade, na criação de vínculos e na consequente horizontalidade do cuidado, e terá reflexos na capacidade da equipe para coordenar (SAVASSI, 2010).

Nessa perspectiva, o estudo tem por objetivo avaliar a satisfação dos usuários em relação à qualidade da Atenção Primária à Saúde no Rio Grande do Norte. Ele se traduz em um recorte da pesquisa multicêntrica relacionada à Avaliação Externa do PMAQ, realizada pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, nos Estados do Rio Grande do Norte, Ceará e Piauí.



Acredita-se que a pesquisa possa contribuir, sobretudo, como ferramenta para a análise das práticas de saúde locais, fornecendo subsídios científicos para o planejamento de ações e tomada de decisão da gestão local e dos profissionais das equipes de saúde. Além disso, pretende-se que o estudo seja capaz de fornecer informações que possam se traduzir em intervenções concretas na melhoria da qualidade dos serviços ofertados à população do estado do Rio Grande do Norte.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa avaliativa observacional, transversal, com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada nos 167 municípios do estado do Rio Grande do Norte no período de setembro a novembro de 2013.

O sistema de saúde do RN é composto por 903 Unidades Básicas de Saúde, 329 Postos de Saúde e 81 Unidades Mista que abrigam equipes de saúde. Dados mais recentes do Ministério da Saúde, referentes a junho de 2020 apontam um total de 1.058 Equipes de Saúde da Família implantadas no Estado, com um total estimado de 2.996.138 usuários cobertos pela Atenção Básica. Esse número corresponde a uma cobertura de 85,43% da população.

De acordo com o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB), a adesão ao PMAQ, no período, correspondeu a 412 equipes de atenção básica em 370 UBS, o que equivale a um percentual de 43,87% de adesão no Estado (BRASIL, 2013). A população de estudo constou dos 1.650 usuários que responderam aos questionários nas unidades que fizeram parte da Avaliação Externa.



Para a coleta foram utilizados dados secundários, obtidos no banco da Avaliação Externa do PMAQ/UFRN disponibilizado pelo Ministério da Saúde, a partir do questionário do Módulo III do Programa. Essas informações foram obtidas no banco a partir da elaboração de um protocolo de pesquisa contendo as seguintes dimensões: organizacional, interpessoal e estrutural.

A amostra foi intencional, feita por conveniência a partir das respostas de usuários que estiveram presentes na Unidade Básica de Saúde para realizar qualquer tipo de procedimento e que consentiram em participar da avaliação. Foram excluídos os dados daqueles que tinham ido pela primeira vez na unidade e aqueles que não frequentavam há mais de 12 meses.

A análise dos dados analisou as seguintes dimensões:

- a) Dimensão organizacional: foram avaliadas categorias como acessibilidade e coordenação do cuidado.
- b) Dimensão interpessoal: foi analisada a interação-usuário-serviço-equipe; vínculo e a satisfação com o cuidado.
- c) Materiais e equipamentos: contemplou a influência da estrutura no cuidado (influência da falta de material ou equipamento que no atendimento, disponibilidade de medicamento na unidade).

As variáveis/categorias independentes da matriz de relevância foram analisadas por meio de estatística descritiva, utilizando-se a versão livre do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 17.0.0. para distribuição de frequência. Para análise, os municípios foram agrupados da seguinte forma:

Quadro 1: Agrupamento realizado para análise dos dados dos municípios do Rio Grande do Norte, Natal/RN, 2013.

GRUPO	CRITÉRIO	MUNICÍPIO
Grupo 1	Capital Natal	Natal
Grupo 2	Municípios da Região Metropolitana (Grande Natal)	Extremoz, Macaíba, Parnamirim, São Gonçalo do Amarante
Grupo 3	Outros municípios do RN	Demais municípios do interior do Estado do RN

Fonte: autoria própria.

O agrupamento teve por intenção verificar se havia grandes diferenças nos resultados, visto que a capital concentra um maior aparato tecnológico do que os municípios do interior. Os resultados dos municípios da região metropolitana, também poderiam sofrer influência pela proximidade da capital e vice-versa.

Em relação aos aspectos éticos, salienta-se que o projeto multicêntrico que gerou o banco de dados foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sob o número 21904 em 13/03/ 2012, em consonância com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), visto que a pesquisa de Avaliação Externa do PMAQ foi realizada em todo Brasil.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com base no protocolo de pesquisa elaborado previamente para a coleta de dados e, no sentido de apresentar os dados didaticamente, foram elencadas categorias de análise, as quais serão descritas a seguir.



Os participantes da avaliação

A amostra (1.650 usuários) foi constituída na maioria de mulheres (83,4%), cuja faixa etária predominante ficou entre 20 a 39 anos (49%), sendo que 74,5 moram com companheiro. Dos entrevistados 67,7% informaram morar com até 4 (quatro) pessoas. A maioria dos usuários identifica-se como pardo/mestiço (48,6) e é alfabetizada (80,3%).

Ao se analisar os principais sujeitos da pesquisa, em uma observação de caráter geral, esse predomínio, refere-se à perspectiva das mulheres como avaliadoras de serviços de saúde. Trad *et al.* (2002) em um estudo etnográfico sobre satisfação do usuário, realizado no Programa Saúde da Família da Bahia, afirmam que a avaliação das mulheres é caracterizada pelo conhecimento ímpar do cotidiano e pelo fato de serem as principais agentes de saúde no contexto doméstico (TRAD *et al.*; 2002).

Outro estudo, realizado sobre avaliação do desempenho da Atenção Básica no estado de São Paulo evidenciou que o fato da maioria dos entrevistados ser do sexo feminino infere uma situação social em que o papel feminino é nuclear no grupo familiar no cuidado à saúde (IBAÑEZ *et al.*, 2006).

A dimensão organizacional

Sobre a “acessibilidade”, em relação a distância entre a unidade de saúde e o domicílio, 65,5% dos entrevistados consideraram perto. Ao se analisar separadamente os grupos, esse percentual se mantém próximo, apenas nos municípios da região



metropolitana, exceto a capital, esse percentual é um pouco mais baixo (54,9%), porém ainda se configura a maioria das respostas.

Nesse aspecto chama a atenção o fato de que apesar da distância encontrada entre a unidade de saúde e o domicílio dos usuários ser considerada perto, fato esse que indica a diminuição da barreira geográfica, existem outros fatores como por exemplo, a forma de marcação de consulta, que impõem barreiras organizacionais para a acessibilidade.

No estudo de Ibañez *et al.* (2006), já citado, a satisfação dos usuários em relação a critérios relacionados à acessibilidade, verificou-se pouca variação dos resultados nos escores simples, entretanto, quando se dirige à análise para os escores ajustados, aparecem quais as dimensões que alcançaram os melhores percentuais de satisfação. Nesse sentido, observa-se que os menores percentuais de satisfação foram obtidos nos municípios com baixa complexidade da rede ambulatorial e indicadores sociais menos favoráveis (IBANÉZ *et al.*, 2006).

Outro estudo realizado por Brandão *et al.* (2013) sobre avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários, teve o indicador relacionado à organização dos serviços com a pior avaliação em comparação aos outros indicadores. A análise de possíveis associações entre os padrões de resposta e as características dos usuários, apresentou a população com menor nível de escolaridade como a mais satisfeita (BRANDÃO *et al.*, 2013).

Para Starfield (2002) a acessibilidade é vista como um dos quatro elementos estruturais relevantes à atenção primária. Para ela a acessibilidade envolve além da localização do estabelecimento próximo da população a qual atende, os horários e dias em que está aberto para atender, o grau de tolerância para consultas não-agendadas e o quanto a população percebe a conveniência desses aspectos de acessibilidade (STARFIELD, 2002).

Nesse sentido, é possível observar que a forma de marcação de consulta, tem se configurado em empecilho ao acesso do usuário ao serviço de saúde, uma vez que se faz necessário para o atendimento, enfrentar filas, antes da abertura da unidade para pegar fichas. Esse procedimento também não se traduz na garantia do acesso baseado em critérios clínicos pré-estabelecidos, pois o critério referido para atendimento é a ordem de chegada.

No tocante ao funcionamento da unidade, chama a atenção o fato de os usuários apontarem que o horário de funcionamento da unidade atende às necessidades, apesar de a maioria referir que, mesmo funcionando 5 (cinco) dias por semana, a maior parte fecha no horário de almoço.

O não reconhecimento do horário como um problema ou necessidade de saúde pelo usuário - demonstrado no estudo - pode estar relacionado à percepção do que é um problema ou necessidade de saúde. Ainda de acordo com Starfield (2002) um paciente pode não se queixar de problemas por não estar ciente deles, ou pode se queixar de uma coisa que mascara a outra, contudo é papel do profissional de saúde a determinação precisa dessas necessidades.

Essa situação também evidencia que a organização dos serviços possui fraca inclinação para os cuidados primários centrados no usuário. Salienta-se que os cuidados primários orientados ao usuário vão além da organização redução no tempo de espera, a adequação das horas de funcionamento ou uma maior delicadeza.

Em relação à “coordenação do cuidado”, 49,5% dos entrevistados do RN, responderam que, quando necessário, a equipe de saúde tem facilidade em marcar consulta com outros profissionais ou especialistas, todavia, essa facilidade não é



visualizada na capital, onde 31,7% (maioria dos entrevistados na capital) dos usuários mostram dificuldades da equipe nessa marcação. Percebe-se que a coordenação apresenta diferenças maiores entre os usuários da região metropolitana e do interior do Estado em relação à Capital.

Em um estudo, que investiga as possíveis relações entre a coordenação do cuidado dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários, realizado em grandes centros urbanos, nos municípios de Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória, realizado por Almeida; Giovanella; Nunan (2012), verificou-se que os resultados mais favoráveis foram aqueles relacionados à acessibilidade, à resolutividade, ao reconhecimento profissional e social e à descentralização das ações de saúde coletiva.

Para inserir a ESF à rede de serviços os municípios investiram no fortalecimento da capacidade regulatória das Secretarias Municipais de Saúde. A pesquisa mostra que Belo Horizonte apresentou melhores resultados em relação às estratégias de integração da rede, principalmente no que se refere à capacidade regulatória, com estabelecimento de contratos com o setor privado de acordo com as necessidades do SUS e descentralização das funções de regulação assistencial para os distritos e equipes de saúde da família (ALMEIDA; GIOVANELLA; NUNAN, 2012).

Considerando o fato de que Natal possui um sistema de regulação, fica evidente a dificuldade desse sistema em dar respostas às necessidades e demandas dos usuários por serviços de saúde, de forma a garantir o acesso equitativo, ordenado, oportuno e qualificado.

Por outro lado, deve ser considerado, o fato de que o processo de regulação se insere em um contexto de disputas, de interesses conflitantes, que determinam o formato e o alcance.

Outro aspecto que contribui para a instalação desse cenário, é a demanda vinda dos municípios do interior e da própria região metropolitana, que vai muito além do que foi pactuado, principalmente pelo fato de a capital concentrar maior aparato tecnológico, do que os demais municípios do Estado.

A dimensão interpessoal

A respeito da “interação usuário-serviço-equipe”, os resultados obtidos indicam que 66,9% dos usuários receberam orientação sobre cuidados para recuperação da saúde. Em relação a orientações sobre sinais que indicam a melhora ou piora do estado de saúde, 62,7% afirmaram que sempre receberam essas informações da equipe, o que também corresponde à maioria das respostas dos entrevistados.

Portanto, no que diz respeito à interação usuário-serviço-equipe a realidade do RN, os resultados apresentados destacam-se como pontos positivos no estudo. Esses resultados também podem ser verificados em vários estudos sobre a satisfação dos usuários e o desempenho da atenção primária (IBÁÑEZ *et al.*, 2006; TRAD *et al.*, 2002; MISHIMA *et al.*, 2010).

De certa forma, numa análise mais global, pode ser observado na pesquisa que as dimensões que envolvem a atenção direta na unidade de saúde são mais bem avaliadas do que as outras cuja essência requer mudanças mais profundas na cultura e no comportamento dos serviços.

Ao se avaliar a satisfação do usuário no tocante ao “vínculo”, percebe-se claramente uma aproximação dos usuários com a equipe de saúde, principalmente em relação

à consulta médica, momento pelo qual a maioria dos usuários afirma que o tempo é suficiente para falar sobre problemas.

Destaca-se, ainda, o tempo dispensado às consultas, que na maioria está acima de 15 (quinze) minutos (72%). Resultados semelhantes foram encontrados no estudo realizado por Cotta *et al* (2005), para avaliar a satisfação dos usuários referente ao cuidado em saúde prestado pela equipe multiprofissional do Programa de Saúde da Família (PSF) de Teixeira/MG.

No estudo, os autores ressaltam que a avaliação positiva dos usuários da relação médico-usuário confirma a importância do PSF no estabelecimento de vínculo entre os profissionais de saúde e a população assistida, já que o programa preconiza uma abordagem qualitativa do acolhimento, cuidado à saúde e atendimento humanizado e resolutivo dos problemas de saúde mais frequentes (COTTA *et al.*, 2005).

Por outro lado, se pensarmos que o vínculo se refere à condição da unidade em ser uma fonte regular de atenção, esses resultados se apresentam contraditoriamente desfavoráveis no estado do Rio Grande do Norte, visto que 27,7% dos usuários que abandonam o tratamento não são procurados pela equipe de saúde. Esse dado se acentua ainda mais na capital, cujo percentual é de 54,5% dos usuários em que a equipe não realiza busca ativa.

Em se tratando da “satisfação do usuário com o cuidado” recebido na unidade, 56,1% dos usuários consideraram bom, o que corresponde à maioria dos entrevistados. Esse percentual também se mantém próximo quando se analisa o cuidado recebido pelos familiares (54,2%). Os mesmos resultados podem ser verificados em relação à satisfação dos usuários com o cuidado dispensado pela equipe de saúde aos seus familiares. Essa satisfação fica mais evidente quando a maioria destes afirma que, mesmo que tivesse a opção, não mudaria de unidade.

Cotta *et al.* (2005), apontam que os estudos sobre a satisfação comunitária com o PSF, possuem ligação às variáveis relacionadas à duração das consultas, periodicidade das visitas domiciliares, relação profissional de saúde-usuário, escolaridade e renda familiar mensal. Ressaltam, ainda, que o baixo nível de escolaridade e a baixa renda familiar mensal dos usuários podem favorecer o juízo de satisfação em relação ao serviço de saúde, pois o usuário tende a ser mais condescendente com o serviço recebido (COTTA *et al.*, 2005).

Os materiais e os equipamentos

Em relação à “influência da estrutura no cuidado”, nos municípios da região metropolitana, exceto capital, e nos demais municípios do interior do Estado, 56,2% dos usuários responderam que a falta de material ou equipamento nunca influenciou no atendimento da unidade, entretanto, em Natal, 47,2% dos usuários responderam que essa falta sempre tem prejudicado o atendimento, o que indica que a estrutura tem tido influência no cuidado.

Os elevados percentuais obtidos em relação à influência da falta de material ou equipamento no atendimento nas unidades de saúde da capital refletem o estado de sucateamento e abandono pelo qual se encontrava a rede de saúde, no período.

Na pesquisa realizada sobre a qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife, resultados semelhantes também foram observados. O estudo revelou que os usuários, apresentam maiores níveis de satisfação com

o trabalho dos profissionais, em detrimento a estrutura das unidades (SANTIAGO, 2013).

Apesar da implantação de estratégias governamentais para alavancar melhorias na eficiência e na qualidade dos serviços prestados na Atenção Básica, como Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS) e o próprio Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), constata-se um número significativo de unidades com estrutura física inadequada, não raro, improvisada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados deste estudo demonstram que é possível observar que os resultados gerais apontam avanços na satisfação do usuário da atenção primária no estado do Rio Grande do Norte em relação à dimensão interpessoal, especialmente no que diz respeito aos aspectos relacionados ao vínculo entre equipe e usuários.

Comparando os achados de alta satisfação presentes no estudo, com outras pesquisas já realizadas, infere-se que aqueles podem estar relacionados a um nível baixo de expectativas, já que a rede de serviços de saúde, principalmente no RN, configura-se como uma rede com dificuldades de acesso e estruturais pelos usuários, o que acarreta na sobrecarga nos serviços da capital. Isso significa que se a expectativa for baixa, mais facilmente se alcança a satisfação, mesmo quando a qualidade do serviço prestado não é tão elevada assim.

Em contrapartida aos avanços, observa-se que os piores resultados obtidos foram os relacionados à dimensão organizacional, com destaque para capital que apresenta piores índices



em relação ao acesso e à coordenação do cuidado. Fica evidente que a oferta de serviços, a distribuição geográfica, a disponibilidade, a qualidade dos recursos humanos e tecnológicos, os mecanismos de financiamento e o modelo assistencial (centrado nas necessidades dos profissionais ou nas necessidades de saúde do usuário) são fatores que afetam o acesso.

É oportuno lembrar que os dados primários da pesquisa do PMAQ, foram obtidos por meio de entrevistas com os usuários nas unidades básicas de saúde. Um dos limites do emprego de metodologias como esta, que utilizam a aplicação de questionário no próprio local de atendimento, pode induzir ao viés da gratidão, principalmente ao se tratar de um serviço público que pode gerar receio aos usuários em perder o acesso a esse serviço.

Em linhas gerais, o presente estudo foi capaz de identificar alguns aspectos essenciais à atenção primária que podem ser melhorados. É possível alcançar melhorias na coordenação dos cuidados e na qualidade da atenção mesmo diante de constrangimentos impostos como a baixa valorização da atenção primária, formação especializada, ‘gargalo’ na oferta de atenção especializada, entre outros desafios.

Vale ressaltar, que as soluções para os problemas, na maioria não demandam grandes investimentos, mas iniciativas de reorganização dos processos de trabalho, assim como otimização dos fluxos e horários internos, mostrando que a avaliação dos usuários pode contribuir para melhorar as demandas do cotidiano dos serviços de saúde.

Por fim, acredita-se que a avaliação da satisfação dos usuários dos serviços de saúde é ferramenta importante para subsidiar o processo de decisão compartilhada, de forma a se repensar as práticas profissionais, reorganizar o processo de

trabalho desenvolvido, realocar recursos, readequar ações e redefinir objetivos que estejam coerentes com o projeto de saúde estabelecido.



Referências

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; NUNAN, B. A. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 375-391, jul./set. 2012.

BRANDÃO, A. L. R. B. S.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, C. E. A. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p. 103-114. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília, 2012.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. **Banco de dados da avaliação externa do programa de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, set. 2006.

COTTA, R. M. M. et al. A satisfação dos usuários do programa de saúde da família: avaliando o cuidado em saúde. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 15, n. 4, out./dez. 2005.



IBANEZ, N. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p. 683-703, 2006.

MATTA, G. C.; FAUSTO, M. C. R. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M. V.; CORBO, A. D. (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, EPSJV, Fiocruz, 2007. p. 43-67.

MISHIMA, S. M. et al. A assistência na saúde da família sob a perspectiva dos usuários. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.18, n.3, p. 436-443. 2010.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. Desafios e Possibilidades de Práticas Avaliativas de Sistemas Universais e Integrais de Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

ROCHA, P. M. et al. Avaliação do programa saúde da família em municípios do nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s69-s78, 2008.

SAMICO, I. et al. **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBrook, 2010.

SANTIAGO, R. F. et al . Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção do usuários. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 35-44, 2013.



SAVASSI, L. C. M. A Satisfação do Usuário e a Autopercepção da Saúde em Atenção Primária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Florianópolis, v. 5, n. 17, p. 3-5, 2010.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, 2002.

TRAD, L. A. B. et al. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do programa de saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p. 581- 589, 2002.



SOBRE OS ORGANIZADORES

MAÍSA PAULINO RODRIGUES Cirurgiã-Dentista (UFRN); Mestre em Odontologia Social (UFRN); Doutora em Ciências da Saúde (UFRN); Professora do Departamento de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN); Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (PPGSF) e Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (PPGSF/RENASF/UFRN).

KARLA PATRÍCIA CARDOSO AMORIM Cirurgiã-Dentista (UFRN); Mestre em Odontologia Social (UFRN), Doutora em Ciências da Saúde (UFRN); Professora do Departamento de Medicina Clínica da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN); Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGScol/UFRN); Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (PPGSF) e Vice-Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (PPGSF/RENASF/UFRN).

ROSANA LÚCIA ALVES DE VILAR Enfermeira (UFRN), Mestre em Ciências Sociais (UFRN); Doutora em Ciências Sociais (UFRN); Professora Titular do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN); Pesquisadora do Observatório de RH em Saúde (UFRN); Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (PPGSF/RENASF/UFRN) e do Programa de Pós-Graduação em Gestão, Trabalho, Educação e Saúde (MPGTES/UFRN) .



JOSÉ ADAILTON DA SILVA Enfermeiro (UERN); Mestre em Saúde da Família (UFRN); Doutor em Saúde Coletiva (UFRN); Professor da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (UFRN) e Professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família ((PPGSF/RENASF/UFRN).

RICARDO HENRIQUE VIEIRA DE MELO Cirurgião-Dentista da Estratégia Saúde da Família de Nazaré-Secretaria Municipal de Saúde (SMS) – Natal-RN; Mestre em Saúde da Família (PPGSF/RENASF/UFRN) e Pesquisador do Programa de Educação Permanente em Saúde da Família (PEPSUS) do Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde (LAIS/UFRN).



SOBRE OS AUTORES

AMANDA PAULINO DE OLIVEIRA Enfermeira; Mestra em Saúde da Família pelo PPGSF/ RENASF/UFRN. Email:amandapaulinoo@hotmail.com

ANA CAROLINA DE SOUZA PIERETTI Médica de Família e Comunidade; Mestra em Saúde da Família pelo PPGSF/ RENASF/ UFRN e Professora do curso de Medicina da UFPE. E-mail: conta-todacarol@gmail.com

ANA KARENINA ARRAES AMORIM Psicóloga; Doutora em Psicologia Social e Professora do Departamento de Psicologia da UFRN. E-mail: akarraes@gmail.com

ANTÔNIO HENRIQUE BRAGA DA COSTA Psicólogo; Mestre em Saúde da Família pelo PPGSF/ RENASF/UFRN. E-mail: antoniohenriquepsi@gmail.com

ANTÔNIO MEDEIROS JÚNIOR Cirurgião-Dentista; Doutor em Ciências da Saúde e Professor do Departamento de Saúde Coletiva da UFRN. E-mail: soriedemjunior@yahoo.com.br

ARACELLI LAÍSE TAVARES MENDONÇA Fisioterapeuta; Mestra em Saúde da Família pelo PPGSF/ RENASF/UFRN. E-mail: aracellilaiseft@gmail.com



CIPRIANO MAIA DE VASCONCELOS Médico Sanitarista; Doutor em Saúde Coletiva e Professor do Departamento de Saúde Coletiva da UFRN. E-mail: ciprianomaia@gmail.com

DIOGO VALE Nutricionista; Doutor em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFRN. E-mail:diogo.vale@escolar.ifrn.edu.br

ELIZABETHE CRISTINA FAGUNDES DE SOUZA Cirurgiã-Dentista; Doutora em Saúde Coletiva e Professora aposentada do Departamento de Saúde Coletiva da UFRN. E-mail:betcris2013@gmail.com

GABRIELA BESERRA SOLANO Enfermeira; Mestre em Saúde da Família pelo PPGSF/ RENASF/UFRN. E-mail: beserra.solano@gmail.com

GEÓRGIA SIBELE NOGUEIRA DA SILVA Psicóloga; Doutora em Medicina Preventiva e Professora do Departamento de Psicologia da UFRN. E-mail: gsibele@gmail.com

JANETE LIMA DE CASTRO Enfermeira; Doutora em Educação e Professora do Departamento de Saúde Coletiva da UFRN. E-mail: janetecastro.ufrn@gmail.com

JOSÉ ADAILTON DA SILVA Enfermeiro; Doutor em Saúde Coletiva e professor da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi-UFRN. Email:joseadailtonmec@gmail.com

JOSEANE DA ROCHA DANTAS CAVALCANTI Enfermeira; Mestre em Saúde da Família pelo PPGSF/RENASF/UFRN e



Professora Substituta da Unidade Acadêmica de Enfermagem da UFCG-CES. E-mail: josyenfermagem@hotmail.com

KARLA PATRÍCIA CARDOSO AMORIM Cirurgiã-Dentista; Doutora em Ciências da Saúde e professora do Departamento de Medicina Clínica da UFRN. E-mail:amorimkarla@yahoo.com.br

LAIANNY KRÍZIA MAIA PEREIRA Enfermeira; Mestra em Saúde da Família pelo PPGSF/RENASF/UFRN e Pesquisadora do Programa de Educação Permanente em Saúde da Família (PEPSUS) do Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde (LAIS/UFRN). E-mail: laiannykmp@hotmail.com.

MAÍSA PAULINO RODRIGUES Cirurgiã-Dentista; Doutora em Ciências da Saúde; Coordenadora do Programa de Pós Graduação em Saúde da Família e Professora do Departamento de Odontologia da UFRN. E-mail:maisarodrigues13@gmail.com

MÁRCIA CUNHA DA SILVA PELLEENSE Enfermeira; Mestra em Saúde da Família pelo PPGSF/ RENASF/UFRN; Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIFACEX e Técnica de Planejamento e Controle do Sistema de Saúde da Secretaria de Estado e Saúde Pública (SESAP/RN). E-mail: marciapellense@gmail.com

MARCOS OLIVEIRA DIAS VASCONCELOS Médico de Família e Comunidade; Mestre em Saúde da Família pelo PPGSG/RENASF/UFRN e Professor do Departamento de Promoção da Saúde do Centro de Ciências Médicas da UFPB. E-mail: vasconcelos.marcos@gmail.com.



NAYARA SANTOS MARTINS NEIVA DE MELO Cirurgiã-Dentista; Mestre em Saúde da Família pelo PPGSF/ RENASF/ UFRN. E-mail: nayaraneiva@hotmail.com

NEUMA MARINHO DE QUEIROZ SANTOS DA COSTA CUNHA Médica de Família e Comunidade; Mestre em Saúde da Família pelo PPGSF/ RENASF/UFRN e Professora do Departamento de Medicina Clínica da UFRN. E-mail: neuma.ufrn@gmail.com

ODEMIR PIRES CARDOSO JÚNIOR Fisioterapeuta; Mestre em Saúde da Família pelo PPGSF/ RENASF/UFRN. E-mail: odemir-junior@gmail.com

RICARDO HENRIQUE VIEIRA DE MELO Cirurgião-Dentista; Mestre em Saúde da Família pelo PPGSF/ RENASF/UFRN; Pesquisador do Programa de Educação Permanente em Saúde da Família (PEPSUS) do Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde (LAIS/UFRN). E-mail: ricardohvm@gmail.com

ROSANA LÚCIA ALVES DE VILAR Enfermeira; Doutora em Ciências Sociais; Professora Titular do Departamento de Enfermagem da UFRN. E-mail: rosanaalvesrn@gmail.com

ROSANA MARIA FERREIRA DE MOURA LIMA Nutricionista; Mestre em Saúde da Família pelo PPGSF/ RENASF/UFRN. E-mail: rosanammoural@gmail.com



SEVERINA ALICE DA COSTA UCHOA Médica; Doutora em Saúde Coletiva; Pós-doutora em avaliação de políticas de saúde e bolsista de produtividade CNPq e Professora Titular do Departamento de Saúde Coletiva da UFRN. E-mail: alicedacostauchoa@gmail.com

TATYANA MARIA SILVA DE SOUZA ROSENDO Cirurgiã-Dentista; Doutora em Saúde Coletiva e professora do Departamento de Saúde Coletiva da UFRN. E-mail: tatyana.ufrn@hotmail.com.





UFERN
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

PPG
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO


SEDISUFRN


Associação Brasileira
das Editoras Universitárias